Alkandani Usiya The Gazette of India

असाधारण EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4 PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 49|

नई दिल्ली, सोमवार, फरवरी 18, 2013/माघ 29, 1934

No. 49]

NEW DELHI, MONDAY, FEBRUARY 18, 2013/MAGHA 29, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 16 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2013

फा. सं. बी.वि.वि.प्रा./वि./14/72/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 114अ द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, अर्थात् :-

1. प्रारंभ -

- इन विनियमों को बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियम,
 2013 कहा जाए ।
- b) ये विनियम भारत सरकार के राजपत्र में अपने प्रकाशन की तिथि से प्रभावी होंगे ।
- c) जब तक कि इन विनियमों में प्रावधान हो, इन विनियमों के लागू होने से पहले, बनाए गए स्वास्थ्य बीमा अनुबंधों को अमान्य न समझा जाए ।
- d) ये विनियम उन सभी लाइसेंस प्राप्त जीवन बीमाकारों, गैर—जीवन बीमाकारों और स्वास्थ्य बीमाकारों पर लागू होंगे जो भारत में इन विनियमों के तहत स्वास्थ्य बीमा का व्यवसाय संचालित कर रहे हैं।
- 2. परिभाषाएँ ; इन विनियमों में -यदि यह संदर्भ लगते है -
- a) 'अधिनियम' का अर्थ बीमा अधिनियम 1938 है ।
- b) 'अनुबंध' का अर्थ है उन निर्धारित सेवा शर्तों से है । जो किसी बीमा कंपनी के स्वास्थ्य पॉलिसी के धारकों को प्रस्तुत की गई हों । ये अनुबंध निम्नलिखित के बीच होता है ।

- i. किसी थर्ड पार्टी प्रशासक (TPA) और किसी बीमा कंपनी के बीच ; अथवा
- ii. नेटवर्क प्रदाता (किसी अस्पताल) और बीमा कंपनी जो किसी थर्ड पार्टी प्रशासक को शामिल करना चाहती है ।
- iii. किसी अस्पताल / स्वास्थ्य केन्द्र तथा किसी बीमा कंपनी के बीच जिसमें TPA एक तृतीय पक्ष (थर्ड पार्टी) के रूप में शामिल हो सकता है।
- c) 'प्राधिकरण' से तात्पर्य, बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण से है जिसे आई.आर. डी.ए. अधिनियम, 1999 की धारा 3 और उप—धारा 1 के तहत स्थापित किया गया था।
- d) 'ब्रेक इन पॉलिसी' वर्तमान पॉलिसी का टर्म समाप्त होने पर होती है जबकि, किसी पॉलिसी के नवीकरण के लिए शुल्क प्रीमियम भरने की निर्धारित तारीख को या उससे पहले या अगले 30 दिन, दिनों के भीतर भी न भरा गया हो ।
- e) 'निशुल्क सुविधा' अर्थात् एक बीमाकार द्वारा बीमाधारक को दी गई वह सुविधा जिसके अंतर्गत बीमा धारक द्वारा पॉलिसी की शर्तों पर करवाएं गए उपचार का सारा भुगतान बीमाकार द्वारा पूर्व प्राधिकृत अनुमोदन के जिरये सीधे नेटवर्क प्रदाता को कर दिया जाता है।
- f) 'फाइल व यूज़ प्रक्रिया' का तात्पर्य उस प्रक्रिया से है, जिसका पालन बीमाकार अपने प्राधिकरण द्वारा जारी दिशा निर्देशों / परिपत्र के अनुसार स्वास्थ्य बीमा उत्पाद अनुमोदन हेतु करता है।
- g) 'स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय (बिजनेस)' अथवा 'हेल्थ कवर' का अर्थ उन बीमा अनुबंधों की प्रभावकारिता से है जिसके तहत चिकित्सा लाभ या मेडिकल, सर्जिकल अथवा अस्पताल का व्यय आदि का लाभ, जिसमें सुनिश्चित लाभ और दीर्घकालिक देखभाल, यात्रा बीमा तथा व्यक्तिगत दुर्घटना आदि समाविष्ट (कवर) किए जाते हैं।
- h) 'टी.पी.ए. द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाएँ' अर्थात टी.पी.ए. द्वारा एक स्वास्थ्य बीमा व्यापार से संबंधित अनुबंध के अंतर्गत प्रदान की गई सेवाएँ जिसमें किसी बीमा कंपनी का बिजनेस अथवा प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय अथवा किसी दावे की स्वीकार्यता या उसकी अस्वीकृति शामिल नहीं होती ।
- i) 'स्वास्थ्य तथा जीवन संयोजक उत्पाद' अर्थात ऐसे उत्पाद जो एक जीवन बीमा कंपनी का एक सावधिक जीवन बीमा कवर के साथ किसी गैर—जीवन बीमा और या /स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों का स्वास्थ्य बीमा संयुक्त रूप से ऑफर करते हैं।
- j) 'नेटवर्क प्रदाता' अर्थात ऐसे अस्पताल अथवा स्वास्थ्य केन्द्र जिन्हें बीमाकार द्वारा सूचीबद्ध किया जाता है और वे अपने बीमाधारकों को, निशुल्क सुविधा के आधार पर अपने यहाँ चिकित्सा सुविधा उपलब्ध करवाते हैं।
- k) 'पोर्टेबिलिटी' स्वास्थ्य बीमा करवाने वाले किसी बीमाधारक को (फैमिली कवर सहित) प्रदान किया गया वह अधिकार होता है जिसमें कि पूर्व–निर्धारित शर्तों तथा

5 बीमाकार /व्यवधान दूसरे बीमाकार को अथवा उसी बीमाकार की एक से दूसरी योजना को किया - बशर्त कि पिछली पॉलिसी को उसने बिना किसी ब्रेक किए गए क्रेडिट का हस्तांतरण एक के अनुसार प्राप्त अनुरक्षित किया हो । सीमा

शुरूआत 'वरिष्ठ नागरिक' अर्थात ऐसा व्यक्ति जिसने स्वारध्य बीमा की इ नवीकरण की तारीख तक 60 या उससे अधिक आयु पूरी कर ली हो ।

प्रशासक –स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम 2001 के तहत प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस दिया गया (थर्ड पार्टी हो और किसी बीमा कंपनी ने शुल्क अथवा पारिश्रमिक देकर स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान 'थर्ड पाटी प्रशासक' का तात्पर्य कोई ऐसा व्यक्ति जिसे आई.आर.डी.ए. करने हेतु नियुक्तं कर रखा हो । E

उन्हें बीमा अधिनियम 1938 अथवा बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण पदों अथवा अभिव्यक्तिओं को इन विनियमों में परिभाषित नहीं किया गया है अधिनियम 1999 के तहत सुनिश्चित अर्थों सहित परिभाषित किया गया है समी P

3. पंजीकरण तथा स्वास्थ्य-व्यापार का दायरा (स्कोप)

- विनियामक एवं विकास प्राधिकरण विनियम 2001 के अंतर्गत मान्य रूप से पंजीकृत द्वारा ऑफ्र की जा सकती हैं जो, इकाइयों स्वारध्य बीमा उत्पाद केवल उन्हीं a)
- उत्पादों का प्रीमियम तीन वर्षों के प्रत्येक ब्लॉक की अवधि तक अपरिवर्तित सं तत्पश्चात प्रीमियम को पुनरीक्षित कर आवश्यकतानुसार संशोधन किया जा सकता है। बीमा कंपनियाँ दीर्घकालिक स्वास्थ्य उत्पाद ऑफर कर सकती है परंतु q
 - गैर जीवन तथा एकांगी बीमा कंपनियाँ न्यूनतम एक वर्ष तथा अधिकतम तीन वर्ष की कर सकती हैं के व्यक्तिगत स्वास्थ्य उत्पाद ऑफर प्रीमियम में पूरे कार्यकाल तक कोई बदलाव न हो । अवधि तक \hat{c}
- परंतु गैर-जीवन तथा एकांगी स्वास्थ्य बीमाकार, सामूहिक व्यक्तिंगत दुर्घटना योजनाएँ ऑफर कर सकती हैं जो एक वर्ष से कम अवधि के लिए हों या किसी विशिष्ट घटना सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ किसी भी बीमा कंपनी द्वारा ऑफर की जा सकती - बशाँ सभी ऐसे उत्पाद केवल एक वर्ष के नवीकरण अनुबंध के रूप में हों को कवरेज प्रदान करती हों । ð
 - समुद्रपारीय अथवा घरेलू यात्रा बीमा योजनाएँ केवल गैर जीवन तथा एकांगी स्वास्थ्य उसका प्रीमियम द्वारा ही प्रायोजित की जा सकती हैं या तो एकांगी योजना स्वास्थ्य योजना के कवरेज के रूप में बशर्ते कि उसका प्र ग्राधिकरण द्वारा फाइल व यूज प्रक्रिया के तहत अनुमोदित किया गया हो । बीमा कंपनियों द्वारा ही मीजुदा (e

4. स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए फाइल व यूज़ प्रक्रिया -

a) किसी भी स्वास्थ्य बीमा योजना को बीमाकार तब तक प्रचारित नहीं किया जाए जब तक कि उसे प्राधिकरण द्वारा फाइल व यूज प्रक्रिया के अनुसार पूर्वानुमोदन प्राप्त न हुआ हो।

b) किसी अनुमोदित स्वास्थ्य बीमा योजना की अनुवर्ती पुनरीक्षा अथवा संशोधन के लिए भी समय-समय पर जारी किए गए दिशा निर्देशों के अनुसार प्राधिकरण के पूर्वानुमोदन की

आवश्यकता होती है।

i. प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किसी भी योजना की पुनरीक्षा अथवा संशोधन के बारे में उसकी प्रभावी तारीख से कम से कम तीन महीने पहले संबंधित पॉलिसी धारक को जानकारी दी जानी चाहिए । उक्त नोटिस में ऐसे पुनरीक्षण एवं संशोधन का विशेष रूप से प्रीमियम में बढ़ोतरी एवं अन्यथा परिवर्तन करने का समुचित कारण दर्शाया जाना चाहिए ।

ii. संबंधित विवरणिका में पॉलिसी की शर्तों के पुनरीक्षण व संशोधन तथा प्रीमियम की

पूरी जानकारी प्रकटित की जाए ।

c) फाइल एवं यूज के पूर्वानुमोदन का आवेदन नियुक्त किए गए बीमांकक तथा ब्रीमा कंपनी के मुख्य कार्यकारी अधिकारी द्वारा प्रमाणित किया जाए । साथ ही वह उन सभी प्रारूपों तथा प्रलेखों के साथ संलग्न किया जाए, जिन्हें प्राधिकरण द्वारा समय—समय पर निर्धारित किया जाता है ।

d) स्वास्थ्य बीमा योजना की निकासी (Withdrawl)

- किसी स्वास्थ्य बीमा योजना की निकासी से पूर्व बीमाकार को, निकासी का कारण तथा मौजूदा बीमा धारक के उपचार का पूरा विवरण देते हुए प्राधिकरण से अनुमोदन लेना होगा।
- ii. पॉलिसी प्रलेख में भविष्य में उसकी निकासी की संभावनाओं तथा पॉलिसी धारक हेतु उपलब्ध अन्य विकल्पों का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए ।
- iii. यदि मौजूदा ग्राहक बीमाकार द्वारा भेजी गई सूचना का उत्तर नहीं देता है तो ऐसी स्थिति में वह पॉलिसी अपने नवीकरण की तारीख से ही अमान्य हो जाएगी । तत्पश्चात बीमाधारक को बीमाकार के पास उपलब्ध नई पॉलिसी, पोर्टेबिलिटी की शर्तों के आधार पर लेनी होगी ।
- iv. निकासी के बाद वही योजनाएँ अन्य संभावित ग्राहकों को प्रस्तावित न की जाएँ ।
- e) किसी योजना के समस्त विवरण जानकारी दिए जाने के पश्चात कम से कम वर्ष में एक बार, नियुक्त बीमांकक द्वारा समीक्षित किए जाएँ । यदि वह योजना वित्तीय रूप से अलाभकारी पाई जाए अथवा उसमें किसी प्रकार की कमी नजर आए तो नियुक्त बीमांकक उस योजना का गहन अवलोकन कर उसे फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत पुनरीक्षण हेतु प्रस्तुत कर सकता है।
- f) किसी योजना के फाइल व यूज अनुमोदन के पाँच वर्ष पूरे होने के पश्चात नियुक्त बीमांकक उस योजना के निष्पादन का किमयों, ब्याज दरों, मुद्रास्फीति, व्यय तथा अन्य प्रासंगिक विवरणों की दृष्टि से पुनरावलोकन कर उपयुक्त औचित्य या संशोधनों के साथ फिर से अनुमोदन प्राप्त कर सकता है।

5. स्वास्थ्य योजनाओं से संबंधित सामान्य प्रावधान -

a) स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को विभिन्न कवरेजों का प्रस्ताव देने हेतु अभिकल्पित किया जाता है ।

- i. विशिष्ट आयुवर्गो एवं लिंग हेतु
- विभिन्न आयुवर्गों के लिए
- अस्पताल को परिभाषित उस 10 बशात अस्पतालों में उपचार हेतु देशव्यापी सभी किया गया हो
- फेवल विशिष्ट अस्पतालों में उपचार हेतु बशर्त कि, वहाँ की दरें प्रतिनिधिमूलक
 विशिष्ट क्षेत्रों में उपचार के लिए यदि मॉबिंडिटी दरें उपयुक्त हों ।
 - प्रक्रिया में यदि उपर्युक्त विशिष्टताएँ पॉलिसी के विवरणिका, प्रलेखों तथा ब्रिकी रूप से दशाये गए हों ।
- उसे अन्य होने की रिथाति में बीमाकार किसी पॉलिसी के बीमाधारक के लिए अलाभकारी स्वास्थ्य बीमा योजना लेने हेतु बाध्य नहीं करेगा। 9
- मुहैया करवाई जाए। उस जानकारी में योजना का पूरों ब्यौरा, फाइल व यूज प्रक्रिया के तहत विवरणिका की अनुमोदित प्रतियाँ, प्रस्ताव फॉर्म, पॉलिसी प्रलेख तथा प्रीमियम की बीमाकार द्वारा अपनी सभी स्वास्थ्य योजनाओं की संपूर्ण जानकारी अपनी वेबसाइटों पर दरें – सेवा कर सहित तथा रहित समाविष्ट होना चाहिए । (C)

d) नामांकन एवं नियत कार्य

- बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के अनुसार सभी स्वारध्य बीमा योजनाओं को प्रस्ताव देते समय, नामांकन पंजीकृत करवाना चाहिए ।
- इस बात पर निर्भर नहीं करता कि पर । ऐसा होने पर जीवन स्वास्थ्य संयोजन योजनाओं को बीमा अधिनियम 1938 की धारा 38 के अनुसार ही जारी किया स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का कोई भी असाइनमेंट उसका कवरेज मुआवजे पर आधारित है या लाभ 25

e) प्रवेश एवं निकास की आयु

- विनियम) के अतिरिक्त अन्य सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में सामान्यतः 65 आयु तक प्रवेश आयु का प्रावधान है।
- पॉलिसी का प्रस्ताव स्वीकृत होकर पॉलिसी जारी कर दी जाती है तथा बाद में बिना किसी ब्रेक के सावधिक रूप से नवीकृत करवाई जाती है तो, भविष्य में भी धारक की यात्रा बीमा योजनाओं तथा विनियम J एवं 4 (d) के अतिरिक्त यदि एक बार आयु के आधार पर उसे रीन्यू करने से नकारा नहीं जा सकता ।

f) योजनाओं/पॉलिसियों का नवीकरण

- कोई भी स्वास्थ्य बीमा योजना सामान्यतः नवीकृत हो सकती है, परंतु फ्रॉड, नैतिक हानि अथवा गृबन या बीमाधारक के असहयोग की स्थितियों में इसका नवीकरण नहीं
- नहीं जाएगा । यदि मना किया जाता है तो, उसके लिए पॉलिसी धारक को अस्वीकृति किसी भी स्वास्थ्य बीमा योजना के नवीकरण को बीमाधारक की इच्छा के विरुद्ध नकारा के ठोस कारण बताए जाएँ । ≔
- वाली बीमारियों के लिए भुगतान करने के बाद अपने आप ही एक बीमाकार को कि स्वास्थ्य बीमा योजना को केवल इस आधार पर रीन्यू करने से मना नहीं करना चाहिए कि, बीमाधारक ने पिछले कुछ वर्षों में बीमे का दावा या दावे थे। केवल लाभ आधारित बीमे के अलावा क्योंकि इस प्रकार की योजनाओं पॉलिसी अपने कवरेज समाप्त हो जाती है। ∷

- iv. बीमाकार को नवीकरण की निर्धारित तिथि से 30 दिन की अवधि तक करवाने हेतु एक मेकॉनिज्म अपनाना होगा । नवीकरण में होने वाले विलंब की अवधि को ब्रेक न समझा जाए । फिर भी इस अवधि के लिए कवरेज की उपलब्धता नहीं होगी ।
- v. प्रमोशन—सामग्री तथा पॉलिसी प्रलेख में, पॉलिसी की समाप्ति के कारणों / स्थितियों का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए, जैसे कि गंभीर रोग लाभ पॉलिसियों में लाभार्थी के विशिष्ट रोग हेतु भुगतान करने के बाद पॉलिसी समाप्त हो जाती है।

g) फ्री लुक अवधि

- i. सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में फ्री लुक अवधि होनी चाहिए । फ्री लुक अवधि पॉलिसी की शुरूआत से लागू हो जानी चाहिए और :-
 - 1. बीमाधारक को पॉलिसी मिलने के बाद कम से कम 15 दिन का समय दिया जाएगा ताकि वह पॉलिसी की सभी शर्तों की पुनरीक्षा करे और स्वीकार्य न होने की स्थिति में पॉलिसी लौटा दे।
 - 2. यदि बीमाधारक ने फ्री लुक अवधि के दौरान कोई दावा नहीं किया तो वह निम्नलिखित का हकदार होगा —
 - a) बीमाकार द्वारा बीमाधारक की चिकित्सकीय परीक्षा का कम भुगतान किए जाने पर इसके साथ स्टैम्प ड्यूटी शुल्क तथा प्रीमियम का रीफंड । अंथवा ;
 - b) जहाँ जोखिम पहले ही हो चुका है और पॉलिसी धारक द्वारा पॉलिसी को वीपस करने का प्रयास किया जा चुका हो, कवरेज अवधि के लिए आनुपातिक रिस्क प्रीमियम में कटौती अथवा ;
 - c) जब आंशिक रूप से जोखिम घट चुका हो, ऐसे आनुपातिक रिस्क प्रीमियम को उस अवधि के दौरान कवर किए गए रिस्क में सम्मिलित किया जाएगा ।
 - d) यूनिट लिंक्ड पॉलिसी के मामले में उपर्युक्त कटौतियों के अलावा बीमा धारक को उस यूनिट को फिर से उस यूनिट को, पॉलिसी की वापसी की तारीख की दर पर ही खरीदने का अधिकार होगा ।

h) प्री-इंश्यारेंस स्वास्थ्य चेकअप की लागत

- i. किसी भी प्री इंश्योरेंस मेडिकल परीक्षण सामान्यतः प्रीमियम में अनुमत व्यय का एक भाग होता है। फिर भी एक वर्ष या उससे कम की योजनाओं में यदि ऐसी कीमत बीमाधारक को चुकानी होती है तो उसका लगभग 50% भाग प्रस्ताव स्वीकृत होने के बाद बीमाकार द्वारा वहन किया जाएगा, बजाय यात्रा बीमा योजनाओं के जहाँ ऐसी लागत की प्रतिपूर्ति की आवश्यकता नहीं होती ।
- ii. बीमाकारों को ऐसे संस्थानों तथा उनके द्वारा वसूल किए जाने वाले शुल्क की सूची रखनी चाहिए जहाँ ऐसे प्री—इंश्योरेंस परीक्षण किए जा सकते हैं जहाँ की रिपोर्ट उनके द्वारा मान्य होती हैं।

i) समेकित लाभांश

- i. मुआवज़े पर आधारित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों पर बीमाकार लाभांश का प्रस्ताव दे सकते हैं जिसका उल्लेख विवरणिका तथा पॉलिसी प्रलेखों में स्पष्ट रूप से किया जाना चाहिए।
- ii. यदि दावा किसी विशेष वर्ष में किया गया हो तो उस पर मिलने वाला समेकित लाभांश उसी दर से घट जाएगा जिस पर वह आरंभ हुआ था ।
- iii. समेकित बोनस, लाभ-आधारित पॉलिसियों पर नहीं दिया जाता ।

उपयुक्त स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी पर प्रवसन

विशेष आयुवर्गों जैसे प्रसूति योजनाएँ, बच्चों तथा विद्यार्थियों आदि के लिए स्वारध्य बीमा प्रस्तावित केरने वाले बीमाकारों को विशिष्ट निकास आयु अथवा प्रवसन का विकल्प देना चाहिए बशतें कि पॉलिंसी का अनुरक्षण बिना किसी पुरानी योजना के नवीकरण के समय, एक उपयुक्त स्वास्थ्य बीमा योजना को व्यवधान या ब्रेक के किया गया हो।

समी स्वास्थ्य बीमा $\overline{\mathbf{x}}$

पॉलिसियों को अनुसूची । के अनुसार किसी भी अन्य पॉलिसी की पोर्टेबिलिटी अनुमित होनी चाहिए ।

आयुष कवरेज

- बीमाकारों द्वारी गैर एलोपॅथिक उपचारों का कवरेज भी दिया जा सकता हैं बशतें कि वह उपचार किसी सरकारी अस्पताल में करवाया गया हो अथवा किसी सरकारी मान्यता प्राप्त अथवा, भारतीय क्वालिटी परिषद अथवा अन्य उपयुक्त संस्थानों द्वारा मान्यता प्राप्त हो ।
- लाभ-आधारित योजनाओं पर (i) लागू नहीं होगा । :**=**

m) प्रकटन / घोषणाएँ

- इन विनियमों के संबंध में स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में अनिवार्य रूप से निम्नलिखित स्चनाएँ समाहित हों,
 - पॅलिसी के नवीकरण की शतों का प्रकटन H
- आयु के बढ़ने के अनुसार कवरेज एवं प्रीमियम का प्रकटन
- नवीकरण की अधिकतम आयु का प्रकटन/यदि योजना एक विशिष्ट हेत् प्रस्तावित है तो उसके अन्य योजनाओं को प्रवसन का प्रकटन
- बदलाव अथवा एक निश्चित आयु के बाद जैसे पहले से मौजूद रोगों के कवरेज तक सीमित न पॉलिसी की एक निश्चित अवधि के उपरांत कवर के दायरे में
- क्या नवीकरण प्रीमियम की गारंटी है अथवा पुनरीक्षण के आधार पर 5.
- विशिष्ट परिस्थितियों का विवरण जहाँ बीमाकार द्वारा प्रीमियम का भार बढ़ाया जा सकता है (अथवा डिस्काउंट की समाप्ति) और किस हद तक किया जाएगा। 9
 - य बीमा राशि अथवा कवरेज के दायरे को बढ़ाने की प्रक्रिया एवं शतें,
 - समी निकासी, निरस्तीकरण स्थितियाँ तथा ∞i
- विनियमों, दिशानिर्देशों, परिपत्रों आदि के अनुसार अन्य पहलू विज्ञापनों तथा प्रकटन की आवश्यकता 6
- घोषणाओं को केवल प्रस्ताव प्रपत्र के एक भाग के रूप में ही रखा जाए और उन्हें न किया जाए । प्रस्ताव प्रपत्र में मानक पॉलिसी प्रलेख में शामिल निम्नानुसार होगी
 - प्रस्तावित है, यह घोषणा करते हैं कि उपर्युक्त कथन, उत्तर तथा/या मेरे द्वारा अपनी ओर से तथा उन सभी व्यक्तियों की ओर से जिनका बीमा 'में / हम
- प्रस्तुत समस्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सभी मायनों में सही एवं पूर्ण है तथा मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव रखने हेतु प्राधिकृत है। मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई सूचना बोर्ड द्वारा बीमा कंपनी की अनुमोदित जोखिम अंकन नीति के अनुरूप बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी तथा पॉलिसी, पूर्ण देय प्रीमियम की प्राप्ति के बाद ही लागू होगी। 7

3. मैं / हम आगे यह भी घोषणा करते हैं कि प्रस्ताव प्रस्तुत करने के बाद परंतु कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति का संप्रेषण प्राप्त होने से पहले, बीमित / प्रस्तावित व्यक्ति के सामान्य स्वास्थ्य अथवा व्यवसाय में किसी प्रकार का पंरिवर्तन होने पर उसकी सूचना लिखित रूप में दी जाएगी ।

4. मैं / हम घोषण करते हैं तथा कंपनी को अपनी सहमित देते हैं कि वे कभी भी बीमित / प्रस्तावित व्यक्ति के संबंध में, वह जिस अस्पताल में इलाज पाया है या जिस डॉक्टर ने उसका इलाज किया हैं उनसे, स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्राप्त कर सकते हैं या बीमित / प्रस्तावित व्यक्ति के भौतिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विषयों के संबंध में पूर्व या वर्तमान नियोक्ता से सूचना प्राप्त कर सकते हैं और किसी भी बोमा कंपनी से यह सूचना प्राप्त कर सकते हैं जहाँ किसी बीमित / प्रस्तावित व्यक्ति की लाइफ पर जोखिम अंकन, दावे की समाप्ति के उद्देश्य से आवेदन किया गया है।

5. मैं / हम इस कंपनी को स्वास्थ्य संबंधी अभिलेखों सहित मेरे प्रस्ताव संबंधी सभी सूचनाएँ, केवल प्रस्ताव का जोखिम अंकन तथा / या दावे के भुगतान के उद्देश्य हेतु तथा किसी भी सरकारी तथा / या विनियामक प्राधिकरण से शेयर

करने को अधिकृत करते हैं।

n) स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के तहत शब्दों की मानक परिभाषा -

- i. सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में ,प्रयुक्त वाक्यांश एवं शब्दों का 'मानक परिभाषाओं' में निर्धारित अर्थ होना चाहिए । जिसे समय—समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किया जाता है।
- o) गंभीर/जटिल रोगों हेतु मानक तथा प्रक्रियाएँ 'जटिल रोग कवरेज' देने वाली पॉलिसियाँ प्राधिकरण द्वारा समय—समय पर परिभाषित होती हैं ।
- p) अस्पताल -मुआवजा पॉलिसियों में शामिल न किए जाने वाले व्ययों ; की मानक सूची ;
 - i. अस्पताल मुआवजा पॉलिसियों में सामान्यतः प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर निर्धारित मदों की सूची शामिल नहीं होती ।
 - ii. फिर भी बीमाकार द्वारा अस्पताल में भर्ती के समय होने वाले व्यय निकाले गए मदों की सूची अथवा सूची में शामिल न होने वाले मदों के कवरेज का प्रस्ताव दिया जा सकता है बशर्ते कि ऐसे संशोधनों का उल्लेख स्पष्ट रूप से किया जाए और संशोधित सूची बीमा प्रलेख के साथ संलग्न हो ।

q) वरिष्ठ नागरिकों हेतु विशेष प्रावधान -

- i. विरेष्ठ नागरिकों को ऑफर की जाने वाली खारथ्य बीमा योजनाएँ औचित्यपूर्ण, पारदर्शी एवं स्पष्ट रूप से वर्णित होनी चाहिए । विरेष्ठ बीमाधारकों को किसी भी प्रकार के अतिरिक्त प्रीमियम के संबंध में लिखित जानकारी दी जाए । पॉलिसी जारी करने से पूर्व बीमाधारकों से ऐसे प्रभारों के भुगतान की विशेष सम्मित ले ली जाए ।
- ii. सभी स्वास्थ्य बीमाकारों को वरिष्ठ नागरिकों की शिकायतों के निवारण, स्वास्थ्य बीमा से संबंधित दावों के बारे में संबोधित करने के लिए एक अलग चैनल स्थापित करना चाहिए।

r) एकाधिक पॉलिसियाँ -

- i. यदि किसी बीमाधारक एक निश्चित अविध के दौरान, एक या अधिक बीमाकारों से दो या उससे अधिक पॉलिसियाँ लेता हैं तो ऐसे में कंट्रिब्युशन क्लॉस लागू नहीं होगा जब कवर / लाभ ऑफर किया जाएगा।
 - 1. वह स्थिर (**Q**क्स्ड) प्रकृति का होगा ।

- 2. चिकित्सा लागत से उसका कोई संबंध नहीं होगा ।
- ii. एकाधिक पॉलिसियों के संबंध में जो स्थिर लाभ प्रदान करती हों बीमा से संबंधित घटना घटने की स्थिति में बीमा धारक ऐसी अन्य पॉलिसियों से हटकर, स्वतंत्र रूप से संबंधित पॉलिसी के तहत दावा कर सकता है।
- iii. यदि किसी बीमाधारक द्वारा एक निश्चित अविध के दौरान, एक या अधिक व्यक्तियों से उपचार राशि के मुआवजे हेतु स्वास्थ्य पॉलिसी ली जाती है तो ऐसे में, बीमाकार कंट्रिब्यूशन क्लॉस लागू नहीं करेगा लेकिन बीमाधारक को यह अधिकार होगा कि वह अपनी किसी भी पॉलिसी के तहत अपने दावे का सेटलमेंट करे।
- इस सभी मामलों में चुनिंदा पॉलिसी जारी करने वाले बीमाकार को दावे का सेटलमेंट कृतज्ञतापूर्वक कंट्रीबयूशन क्लॉस के लिए जिद किए बिना कर दो चाहिए — बशर्ते कि, किया गया दावा चुनिंदा पॉलिसी की सीमा के भीतर तथा उसकी शर्तों के अनुसार किया गया हो ।

 यदि दावे की राशि सिंगल पॉलिसी की बीमा राशि से अधिक हो तो, बीमाधारक को दावे का सेटलमेंट करने वाले बीमाकारों को चुनने का अधिकार होगा । ऐसे मामलों में बीमाकार दावे को कंट्रीब्युशन क्लॉस के आधार पर सेटल कर सकता है।

3. लाभकारी पॉलिसियों के अतिरिक्त एक से अधिक बीमाकार से पॉलिसियाँ बनवाता है तो ऐसे में बीमाधारक को केवल अस्पताल में भर्ती होने का मुआवजा, पॉलिसी की शर्तों के आधार पर मिलेगा ।

6. जोखिम अंकन — (Underwriting)

- a. सभी बीमा कंपनियों को स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन पॉलिसी अपनानी चाहिए जो कंपनी बोर्ड द्वारा अनुमोदित हो । अन्य मुद्दों के साथ—साथ कंपनी को एक प्रस्ताव प्रपत्र भी निर्धारित करना चाहिए , जिसमें एक स्वास्थ्य पॉलिसी खरीदने के पूर्ण विवरण दिए जाने चाहिए । ऐसे प्रपत्र में कंपनी की कथित पॉलिसी को अंडरराइट करने हेतु आवश्यक समस्त जानकारी समाहित होनी चाहिए ।
- b. इस पॉलिसी को प्राधिकरण में फाइल किया जाए। कंपनी को इस पॉलिसी को आवश्यकतानुसार संशोधित करने का अधिकार होगा परंतु प्रत्येक संशोधन को प्राधिकरण में दर्ज / फाइल करना आवश्यक होगा ।
- c. स्वास्थ्य बीमा से संबंधित कोई भी प्रस्ताव बोर्ड की अनुमोदित अंडरराइटिंग पॉलिसी के आधार पर स्वीकृत अथवा अस्वीकृत किया जा सकता है। किसी प्रस्ताव की अस्वीकृति को लिखित में समुचित कारणों सहित प्रॉस्पेक्ट को संप्रेषित किया जाएगा ।
- d. बीमाधारक को अंडरराइटिंग से संबंधित अतिरिक्त प्रभार प्रीमियम से बढ़कर या अतिरिक्त के बारे में पहले से ही सूचित कर पॉलिसी जारी करने से पूर्व ही बीमाधारक से विशेष सहमति ले ली जाए ।
- e. यदि कोई बीमाकार कंपनी को आगे कोई सूचना अपेक्षित हो जैसे पॉलिसी के एक निश्चित स्तर अथवा नवीकरण के समय व्यवसाय में परिवर्तन तो उसे
 - i. बीमाधारक से निर्धारित प्रपत्र भरवाकर, उसे उन प्रपत्रों को पॉलिसी प्रलेखों के एक भाग के तौर पर संलग्न करना चाहिए ।
 - ii. उन घटनाओं / स्थितियों को स्पष्ट रूप से उद्भृत करे जिनमें उक्त जानकारी की आवश्यकता पड़ सकती है।
 - iii. ऐसी स्थिति में लागू होने वाली शर्तों का वह स्पष्ट रूप से उल्लेख करे !
- f. बीमाकारों को पॉलिसी धारकों को शीघ्र प्रवेश निरंतर नवीकरण ऐच्छिक / लाभकारी दावों आदि की ओर आकर्षित करने हेतु प्रोत्साहन योजनाओं अथवा नये मॅकानिज्म को

तहत अनुमोदन के आधार पर योजनाओं का प्रलेख में फाइल व यूज के अथवा प्रोत्साहन मॅकानिज्म उस विवरणिका तथा पॉलिसी

7. स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के मूल्यांकन के सिद्धांत —

- स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रीमियम निम्नलिखित तथ्यों पर आधारित होगा
- व्यक्तिगत पॉलिसियों के लिए पॉलिसी की शुरुआत अथवा उसके नवीकरण की तारीख पर प्रस्तावक की पूर्ण आयु ।
- पारिवारिक सदस्यों फौमेली फ्लोटर के तहत कवर करने हेतु प्रावधान सभी कवरेज का प्रस्ताव होने पर बहु इंसीडेंस दरों के आधार पर :=
 - b) पॉलिसी प्रीमियम अपरिवर्तित रहेगा —
- 4 कवरेज की समूची अवधि के लिए सभी सामूहिक और यात्रा बीमा योजनाओं जु
- यात्रा बीमा योजनाओं के अलावा सभी व्यक्तिगत एवं फैमिली फ्लोटर योजनाओं के लिए जिसकी न्यनतम अवधि होगी –
 - एक वर्ष की नवीकरण योजनाओं के लिए एक वर्ष की अवधि
- अवधि वर्गित * 3 (b) तथा 3 (c) योजनाओं के मामले में _ बहुवर्षीय अनुसार
- फाइल व यूज के तहत अनुमोदित योजनाओं में तीन वर्ष की अवधि के बाद समान्यतः आधार पर परिवर्तन कर सकता है, ऐसी दरें भी प्राधिकरण के अनुमोदन की तिथि प्रीमियम नहीं बदला जाएगा । इसके उपरांत बीमाकार, प्रीमियम दर्शे में अनुभव कम से कम एक वर्ष तक अपरिवर्तित रहेगी । Û
- दरों में परिवर्तन, प्राधिकरण के अनुमोदन की तिथि से लागू होगा और तत्पश्चात ये दरें नई भावी योजनाओं पर तथा नवीकरण की तारीखों से लागू होंगी । 0
- बीमाकार द्वारा किए गए मूल्यन के औचत्य का मूल्यांकन, वितीय दीर्घकालिकता तथा पॉलिसी की दरों, भारिता, गारंटी एवं डिस्काउंट से संबंधित लाभकारिता के आधार पर किया जाएगा । (e
 - बीमाकार को समय फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत किसी योजना को फाइल करते निम्नलिखित जानकारी प्रस्तुत करनी होगी ।
 - जाने वाली संपूर्ण मूल्यन-विवरण जिसमें प्रीमियम निर्धारण हेतु अपनाई प्रयुक्त डाटा Ûतों सहित शामिल किया गया हो ।
- संभावित तथ्यों में अपेक्षित दावों की आवृत्ति तथा आयु वर्गों के अनुसार दावे की गंभीरता अपेक्षित व्यय आदि शामिल होंगे ।
 - iii. विशिष्ट भार, यदि कोई हों ;
- विभिन्न मॉडल बिंदुओं पर लाभ का मार्जिन अथवा हानि का अपेक्षित अनुपात और समूचे पोर्टफोलियों में संभावित संयुक्त / समेकित अनुपात .≥
- उपलब्ध योजना के लिए अंडरराइटिंग क्षमता तथा बीमाकार के पास >
 - vi. व्यवसाय के प्रबंधन की प्रतिधारण क्षमता ।
- 45 आंतिरिक क्षमता निर्माण उपाय, यदि हो तो प्रस्तावित योजना में पेश करने आवश्यकता है , और ≒
 - viii. प्रस्तावित योजना के लिए कोई अन्य संगत मेट्रिक ।

- पुनरीक्षण हेतु आवेदन प्राधिकरण के समक्ष फाइल एवं यूज प्रक्रिया तहत अनुमोदन हेतु प्रस्तुत किए जाएँ प्रीमियम दरों के 8
 - . मूल्य के पुनरीक्षण का ओचित्य ;
- पूर्ववर्ती तीन वर्षों के दावों के अनुभव की तुलना, उसी तरह की योजना का अनुभव तथा भिन्नताओं के विवरण सहित प्रत्याशित अनुभव से करना
 - अपेक्षित दावों के अनुभव तथा प्रस्तावित मूल्यन की संभावनाओं में यह विश्लेषण भी निहित हो कि प्रस्तावित मूल्यन कैसे अनुभूत प्रतिकूलताओं का समाधान करेगा ≔

h) नवीकरण का भार —

- नवीकरण का भार, समूचे पोर्टफोलियो हेतु प्रस्तावित प्रीमियम की वृद्धि और की शर्तों पर होगा न कि किसी व्यक्तिगत पॉलिसी के दावे के अनुभव पर ।
 - ii. प्रस्तावित कटौतियाँ (डिस्काउंट) और भार ;
- 1. बीमाकार के विवेकाधिकार के अनुसार नहीं होंगे ।
- 2. एक वस्तुनिष्ठ / उद्देश्यपूर्ण मापदंड पर आधारित होंगे ।
- में प्रकटित होंगे स्थित विवरण पुरितका तथा पॉलिसी प्रलेख में मुख्य रू फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत अनुमोदित होंगे । 3. विवरण

ऊपरी सीमा/अनुबंध में प्रस्तावित अधिकतम ऑफर ;

- अथवा कवर के लिए कोई ऊपरी सीमा निर्धारित कर रखी हो तो, बीमाकार ऊपरी सीमा से बढ़कर किसी अन्य कवर के प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करेगा किसी यदि किसी लाभ आधारित स्वास्थ्य बीमा योजना में बीमाकार ने कि उस अतिरिक्त कवर के लिए अलग से मुगतान किया जाए ।
- कुल ग्रीमियम पर उस प्रकार की कितनी अंतर्निहित सीमाएँ निर्धारित हैं इसकी संपूर्ण जानकारी फाइल एवं यूज में प्रस्तुत की जाए ।
- यदि कोई प्रस्ताव ऐसी ऊपरी सीमा से बढ़कर स्वीकार किया जाता है तो बीमाकार किसी दावे को इस आधार पर अस्वीकार नहीं कर सकता है कि, वह पॉलिसी लिए निर्धारित ऊपरी सीमा को पार चुकी है।
- तथा सकता फिर भी बीमाकार ऐसी ऊपरी सीमा से अधिक कवर को रद्द कर प्रीमियम का एक अनुपात लौटा देगा, यदि ; .<u>≥</u>
 - 16 प्रस्ताव के समय किसी पॉलिसी धारक ने मौजूदा तथा समानांतर पॉलिसी विवरण अपने प्रस्ताव फॉर्म में प्रस्तुत ने किए हों।
- बाद यदि ऐसी पॉलिसी के बारे में ऊपरी सीमा से अधिक कवर स्वीकृत होने जानकारी दी गई हो 7
 - to किसी अन्य बीमा कंपनी द्वारा ऐसी अन्य पॉलिसी की गई

8. पॉलिसी घारकों के हितों का संरक्षण —

- बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (IRDA) (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों पर लागू रहता है। (e
- जानकारी सरेल भाषा में स्पष्ट रूप से दी जानी बाहिए । प्राधिकरण द्वारा ऐसे प्रलेख प्रत्येक बीमाधारक को एक प्रमुख सूचना पत्र प्रदान किया जाए जिसमें पॉलिसी संबंधी सीमाएँ, अस्वीकृतियाँ आदि के बारे में संक्षिप्त उसके दावे की सभी महत्वपूर्ण लक्षण, निर्धारित किए जाएँ 9
 - की व्यवस्था करनी चाहिए ताकि वह 24 घंटों के आधार कुशलतापूर्वक पूर्व प्राधिकार पत्र जारी करने तथा दावों तथा शिकायतों का निवारण करने हेतु समर्थित हो सके । बीमाकार को आवश्यक प्रणालियों, प्रक्रियाओं, कार्यालयों तथा आधारिक संरचना आदि C

- d) बीमाकार द्वारा दावे का निपटारा / अस्वीकृति
 - i. एक बीमाकार को अंतिम 'अपेक्षित' प्रलेख की प्राप्ति के 30 दिन के भीतर दावों का निपटारा अथवा अस्वीकृति कर देना चाहिए ।
- ii. संदिग्ध 'फ्रॉड' के कुछ मामलों के अलावा, सामान्यतः पॉलिसी की शर्तों की सूची में शामिल न होने वाला कोई भी प्रलेख 'आवश्यक' नहीं समझा जाएगा । बीमाकार यह सुनिश्चित कर ले कि दावों की प्रक्रिया हेतु सभी अपेक्षित प्रलेखों को एक ही समय पर मांगा जाएगा न कि बार—बार ।
- iii. बीमाकार द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्ताव स्वीकार करते समय एकत्रित की गई जानकारी पॉलिसी के तहत प्रस्तावित शर्तों, पूर्व में किए गए दावों में प्रकटित चिकित्सकीय इतिहास आदि समस्त जानकारी का अनुरक्षण एक इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्ड के रूप में किया जाना चाहिए । दावे का निपटारा करते समय, दुबारा बीमाधारक से पूछताछ नहीं की जानी चाहिए । यदि कोई सूचना मांगी जाती है तो उसे 'आवश्यक' नहीं समझा जाएगा ।
- iv. यदि दावे की स्थिति / घटना दो पॉलिसियों की अवधि के बीच में सृजित होती है तो दावे का भुगतान दो पॉलिसी अवधियों में बीमित राशि के आधार पर किया जाना चाहिए। भुगतान के समय प्रत्येक पॉलिसी की अवधि की कटौतियों को भी शामिल किया जाए। बीमाधारक को इस उपयुक्त राशि का भुगतान करते समय उसमें से अगले प्रीमियम की / नवीकरण की राशि को काट लिया जाए यदि उसका भुगतान न किया गया हो।
- v. बीमाकार द्वारा एक अविध निर्धारित की जाए जिसके भीतर बीमा / पॉलिसी धारक दावे के लिए आवश्यक प्रलेख प्रस्तुत कर सकें । फिर भी उस अविध के बाद भी दावे फाइल होने की स्थिति में विलंब के कारणों के औचित्य को ध्यान में रखते हुए दावों को स्वीकार कर लिया जाना चाहिए ।
- e) **पॉलिसी प्रलेखन हेतु न्यूनतम प्रकटन** आई.आर.डी.ए. (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2000 के अलावा पॉलिसी प्रलेख में निम्नलिखित का समावेश होना चाहिए।
 - i. इस विनियम द्वारा अपेक्षित प्रकटनों की सूची,।
 - ii. दावों की प्रस्तुति समय सीमाओं तथा संभावित कार्रवाई की प्रक्रिया, यदि दावों की प्रस्तुति के लिए समय सीमा का पालन न किया जाए तो सभी दावा प्रलेखों के लिए दावा प्रक्रिया की आवश्यकता होती है।
 - iii. स्वास्थ्य बीमस योजनाओं में प्रस्तावित किसी कवर की उप सीमाओं तथा ऐसी उप—सीमाओं का उस योजना में प्रस्तावित अन्य कवरों पर पड़ने वाले प्रभाव आदि को स्पष्ट रूप से समझाया जाए ।
 - iv. विनियम 9 (6) (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 के अनुसार पॉलिसी प्रलेख में दंड स्वरूप ब्याज का प्रावधान अभिन्न रूप से समाविष्ट किया जाए।
 - v. टी.पी.ए. का विवरण, यदि कोई हो तो उसके पूरे पते तथा संपर्क (फोन) नंबरों के साथ पॉलिसी प्रलेख से संलग्न किया जाए । टी.पी.ए. के बदलने पर उपर्युक्त जानकारी अद्यतन की जाए।
- 9. स्वास्थ्य पॉलिसियों को स्वीकारना
 - a) किसी पॉलिसी की शर्तों के आधार पर बीमाकार द्वारा सभी पॉलिसी धारकों को एक सुनिश्चित प्रतिष्ठान में इलाज करवाने हेतु निःशुल्क सुविधा प्रदान की जानी

इलाज करवाने पर उन्हें उसके चाहिए अथवा किसी भी चिकित्सा केन्द्र में की प्रतिपूर्ति की सुविधा दी जाए

- सेवाएँ प्रदान करने हेतु बीमाकार से अनुबंध किया हो । इन स्थापनों को 'नेटवर्क प्रोवाइटर' कहा जाता है । प्रतिपूर्ति की अनुमति किसी भी चिकित्सा प्रतिष्टान हेतु है। इन सभी केन्द्रों/स्थापनों/प्रतिष्टानों का, आवश्यकतानुसार निःशुल्क सुविधा केवल उन्हीं प्रतिष्ठानों हेतु प्रस्तावित की जाए जिन्होंने चिकित्सा किसी स्थानीय राज्य अथवा राष्ट्रीय विधि द्वारा लाइसेंस्ड अथवा पंजीकृत दी जा सकती अनिवार्य है ।
- अनुसूची ॥ के अनुसार होना चाहिए जिसमें समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिमय की स्वारस्य एवं जीवन संयोजन योजनाओं का प्रबंधन इस संशोधन किया जाता है। (C)
- है जहाँ उपचार करवाया जाना हो । प्राधिकरण द्वारा एक मानक पूर्व प्राधिकार प्रपत्र तथा दावे के मानक प्रतिपूर्ति प्रपत्र निर्धारित किए जा सकते हैं जिनका द्वारा पूर्व प्राधिकार पत्र उस नेटवर्क प्रोवाइडर के नाम से जारी किया जाना होता आपात स्थितियों के अलावा निःशुल्क सुविधा के लिए बीमाकार अथवा टी.पी.ए. प्रयोग इस प्रयोजनार्थ किया जाएगा ਰੇ
 - नि:शुत्क सुविधा का लाम उठाने के लिए बीमाकारों द्वारा बीमाधारक को पॉलिसी जारी करने के 15 दिनों के भीतर, टी.पी.ए. द्वारा या स्वयं एक परिचय पत्र जारी करना चाहिए। (e)
- अनुसार होनी चाहिए । बीमाकार परिचय पत्र के बजाय स्मार्टकार्ड भी जारी कर परिचय पत्र पर पॉलिसी तथा पॉलिसी धारक का ब्यौरा तथा बीमाकार का लोगो होना चाहिए । कार्ड की मान्यता समय-समय पर नवीकृत पॉलिसी की शताँ के सकते हैं
 - जब किसी पॉलिसी धारक को किसी निर्दिष्ट अस्पताल में उक्त प्रक्रिया हेतु पूर्व प्राधिकार प्रदान कर दिया जाता है अथवा पॉलिसी धारक द्वारा पहले से ही उस में उपचार करवाया जा रहा है यदि उस अस्पताल को नेटवर्क प्रोवाइडर को उसी में अपना इलाज करवाने हेतु निःशुल्क सुविधा पूर्ववत जारी बीमाकार को ऐसे पॉलिसी धारक से हटाया जा रहा है तब की सूची चाहिए अस्पताल अस्पताल 8
 - करवाते रहना चाहिए । उस सूची को अद्यतन कर उसे अपनी तथा नियुक्त टी.पी. के कार्यालय की वेबसाइट पर दर्शाना चाहिए । नेटवर्क प्रोवाइडरों में बदलाव द्वारा अपने बीमाधारक को नेटवर्क प्रोवाइडरों की सूची होने की स्थिति में सूचित किया जाए । बीमाकार P
- बीमाधारक की बीमाकार के सभी नेटवर्क प्रोवाइडरों तक निःशुल्क सुविधा हेतु तब मान्य सेंवा अनुबंध होता है। टी.पी.ए. के बदलने के बावजूद भी नेटवर्क प्रोवाइडर तक पहुँच होती है जब तक कि बीमाकार का नेटवर्क प्रोवाइडर के _ अपरिवर्तित रहते हैं

- बाहर के लेन-देन हेतु एक बीमा कंपनी अन्य बीमा कंपनियों के साथ अनुबंध कर के विभाजन, दावों के हस्तांतरण तथा उनके सेवा क्षेत्रों नेटवर्क प्रोवाइडरों
 - सकती है। गेमाकारों जेटवर्क प्रोवाइडरों तथा टी.पी.ए. के बीच अनुबंध बीमाकारों , 10.
- बीमा कंपनियाँ अपने पॉलिसी धारकों को निःशुल्क सेवाएँ प्रदान कर सकती (e

160 CT/12-11

- i. सेवाएँ उन नेटवर्क प्रोवाइडरों को प्रस्तावित की जाएँगी जिन्हें स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने हेतु सीधे बीमाकार के साथ अनुबंधित किया गया है अथवा स्वास्थ्य सेवा प्रोवाइडर, टी.पी.ए. तथा बीमाकार के बीच अनुबंध किया गया हो ।
- ii. ऐसे अनुबंधों में प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर मानक खंड शामिल किए जाएँ । जैसे (बी) में कहा गया है ।
- iii. बीमाकारों नेटवर्क प्रोवाइडरों / टी.पी.ए. के साथ किए गए अनुबंध में अन्य मुद्दों के साथ-साथ निम्नलिखित बाते भी कवर की जाएँ ।
- 1. नेटवर्क प्रोवाइडरों द्वारा प्रदत्त विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं पर लागू होने वाली दर ।
- 2. बीमाकार के सशक्तीकरण हेतु अनुबंध में एक खंड अलग से रखा जाए जिसके अनुसार किसी फ्रॉड, कुप्रतिनिधित्व, सेवा की अपर्याप्तता अथवा अन्य प्रकार के अननुपालन अथवा टी.पी.ए. अथवा नेटवर्क प्रोवाइडर की ओर से डीफॉल्ट होने पर अनुबंध को रद्द अथवा संशोधित किया जा सके । बशर्ते कि ऐसा निरस्तीकरण अथवा संशोधन बीमाकार द्वारा तब तक न किया जाए जब तक कि संबंधित टी.पी.ए. / नेटवर्क प्रोवाइडर अपना पक्ष न रख दें ।
- 3. अनुबंध एक ऐसा खंड भी स्थाई रूप से रखा जाए जिसके तहत टी.पी.ए. के बदल जाने अथवा अनुबंध के रद्द होने जाने के बाद भी नेटवर्क प्रोवाइडर निरंतर रूप से बीमा कंपनी को अपनी सेवाएँ प्रदान करता रहे ।
- 4. टी.पी.ए. द्वारा नेटवर्क प्रोवाइडर को दी जा रही सेवा की अपर्याप्तता के कारणों के आधार पर, नेटवर्क प्रोवाइडर के मौजूदा टी.पी. से अलग हो जाने का खंड भी अनुबंध में शामिल किया जाए ।
- 5. किसी बीमा कंपनी द्वारा टी.पी.ए. को दी जा रही सेवाओं हेतु देय शुल्क तथा अन्य प्रभारों को स्पष्ट करने वाला खंड ।
- केवल बीमा कंपनी को ही दावे को नकारने की शक्ति प्रदान करने हेतु एक विशेष खंड (क्लॉस)
- 7. (a) बीमाकार को किसी भी समय बिना पूर्व सूचना के नेटवर्क प्रोवाइडर के परिसर का निरीक्षण करने हेतु समर्थता प्रदान करने संबंधी खंड।
 - (b) समय—समय पर प्राधिकरण इस प्रकार के समझौतों में सम्मिलित करने हेतु मानक परिच्छेद प्रदान कर सकता है ।
 - (c) बीमा कंपनी को यह प्रयास करना चाहिए कि पर्याप्त मात्रा में भौगोलिक विस्तार के साथ पर्याप्त संख्या में सरकारी एवं निजी नेटवर्क प्रोवाइडरों के साथ समझौते करें ।
- 11. नेटवर्क प्रोवाइडरों को भुगतान तथा पॉलिसी धारकों के दावों का निपटारा दावों के निपटारों के उद्देश्य से बीमाकार द्वारा नेटवर्क प्रोवाइडर तथा पॉलिसी धारकों को सीधा भुगतान करना चाहिए । इस प्रयोजन के लिए वह अपनी बैंकिंग प्रणाली को नेटवर्क प्रोवाइडर अथवा बीमाधारक के साथ एकीकृत कर सकता है । ऐसा होने पर यदि कोई दावेदार चेक अथवा डिमांड ड्राफ्ट के माध्यम से भुगतान करना चाहता है तो, बीमाकार को उसका अनुरोध अस्वीकार नहीं करना चाहिए ।
- 12. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के संबंध में टी.पी.ए. द्वारा प्रस्तावित सेवाएँ -
- a) बीमाकार परिभाषित सेवाओं के प्रावधान हेतु आई.आर.डी.ए. (थर्ड पार्टी प्रशासक) विनियम 2001 के अनुसार एक मान्य लाइसेंस धारी टी.पी.ए. के साथ अनुबंध में शामिल हो सकता है।
- b) टी. पी.ए. द्वारा प्रस्तावित सेवाओं में निम्नलिखित शामिल नहीं होंगे -

- रा करने तथा दावों के भुगतान हेतु बीमाकार को परंतु बीमाकार द्वारा टी.पी.ए. को दावों के आकलन का आकलन तथा स्वीकृति प्रक्रिया आवश्यकताओं इत्यादि का समझौते के अधीन तथा दक्षता आवश्यकताओं के संबंध में, आंतरिक नियंत्रण आवश्यकताओं, तथा अस्वीकृतियाँ पॉलिसियों से संबंधित निपटारे सविवरण निर्देश प्रदान करना चाहिए । का निपटारा सिफारिश कर सकती है, दावो
- पॅलिसी धारक अथवा बीमा धारक या किसी अन्य व्यक्ति को सीधी सेवाएँ प्रदान करना जब तक कि वह सेवा अनुबंध में वर्णित है । शतों के आधार पर अनुबंध में वर्णित हों। ≔
- पॉलिसी धारकों को हर समय स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए टी.पी.ए. के पास आधारिक संरचना होनी चाहिए । Û

d) दावों का निपटारा एवं अस्वीकृति –

- करक बीमाकारों को दावे के निपटारे अथवा अस्वीकृति पर निर्णय लेने के लिए अग्रेषित इलेक्ट्रॉनिक रूप से एकत्रित प्रलेखों को टी.पी.ए. को सौंपे गए सभी किया जाना चाहिए।
- टी.पी.ए. द्वारा दावों के निपटारे/अस्वीकृति के संबंध में पत्राचार करते समय स्पष्ट (बीमाकार का नाम) उपचार के विनिर्देशों / अस्वीकृति के नाज अन्य स्पष्टीकरण के लिए आप बीमाकार से सीधा संपर्क कर सकते हैं।'(सांक्षि) का दावा स्वीकार/अस्वीकार किया रूप से निम्नलिखित कथन व्यक्त कर देना होगा । बीमाकार के अनुदेशानुसार :**=**
- उपर्युक्त कथन दावे के निपटारे अथवा अस्वीकृति के प्रत्येक दावे में पॉलिसी धारक को मेजे जाने वाले संप्रेषण का एक अनिवार्य भाग है। ≔
- अचित तथा पर्याप सेवा बीमाकार तथा टी.पी.ए. पॉलिसीधारक को सदैव करने हेतु जिम्मेदार होंगे । .<u>></u>

e) गैर-स्वास्थ्य लाभ बीमा योजनाओं पर रोघ –

- द्वारा 2001 विनियम अनुमोदित स्वारध्य सेवाएँ ही प्रदान की जाएँ न कि कोई अन्य सेवाएँ , (थर्ड पार्टी प्रशासक) द्वारा केवल आई.आर.डी.ए.
 - अथवा प्रत्यक्ष तथा अपरोक्ष रूप से गैर बीमा स्वारध्य सेवाएँ
- प्रत्यक्षतः ऐसी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को जिसका प्रोन्नयन, प्रायोजन अथवा अनुमोदन किन्हीं बीमा कंपनियों द्वारा नहीं अपितु सरकार अथवा सार्वजनिक उपक्रमों द्वारा किया गया हो ।
- किसी पॉलिसी / बीमाधारक को प्रत्यक्ष अथवा परोक्ष रूप से –बीमाकार के साथ किए गए अनुबंध के अनुसार कुछ स्वास्थ्य सेवाओं को छोड़कर । m

13. टी.पी.ए. और बीमा कंपनी के बीच अनुबंध —

स्वयं बीमाकार और टी.पी.ए. द्वारा अनुबंध का दायरा परिभाषित किया जाए । टी.पी.ए.द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य एवं संबंधित सेवाएँ तथा पारिश्रमिक आदि । बशर्ते कि हर अनुबंध में किसी एक पक्ष अथवा आपसी सहमति से अथवा किसी फ्रॉड । ऐसा होने पर अनुबंध में सेवा मानको तथा समय के मानकों को प्रतिबंधित अथवा कुप्रतिनिधित्व, अपर्याप्तत सेवा, अननुपालन अथवा विलंब के आधार पर अनुबंध टारक मालसी ऐसा कोई तत्व न हो जो आई.आर.डी.ए. द्वारा निर्धारित को रदद करने का खंड भी शामिल किया जाए संशोधित करता हो । संरक्षण, कल्याण, (e

- b) टी.पी.ए. को दिया जाने वाला पारिश्रमिक बीमाकार को प्रदान की जाने वाली सेवाओं पर आधारित होना चाहिए न कि योजना / पॉलिसी अनुभव अथवा दावे की लागत या बीमाकार की हानि के अनुपात पर ।
- c) टी.पी.ए. तथा बीमा कंपनी के बीच हुए अनुबंध की अथवा किसी भी प्रकार के संशोधन की एक प्रति, संशोधन के 15 दिनों के भीतर प्राधिकरण में फाइन की जाए ।
- d) एक से अधिक टी.पी.ए. को बीमा कंपनी द्वारा नियुक्त किया जा सकता हैं और उसी प्रकार एक टी.पी.ए. एक से अधिक कंपनियों को अपनी सेवाएँ प्रदान कर सकता है।
- e) प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर न्यूनतम मानक खंड अनुबंध में शामिल करने हेतु निर्धारित किए जा सकते हैं ।

14. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सर्विसिंग हेतु टी.पी.ए. का परिवर्तन -

- a) टी.पी.ए. के बदलने की सूचना बीमाकार द्वारा अपने सभी पॉलिसी धारकों को बदलाव के 30 दिन पूर्व ही दी जानी चाहिए ।
- b) नवनियुक्त टी.पी.ए. के हेल्पलाइन नंबरों, पतों आदि की सूचना सभी पॉलिसी धारकों हेत् यथाशीघ्र उपलब्ध करवाए जाने चाहिए ।
- c) बीमाकार द्वारा पिछले टी.पी.ए. के सभी पॉलिसी घारकों का समस्त डाटा एकत्रित कर नवनियुक्त टी.पी.ए. को अविलंब हस्तांतरित किया जाए । यह सुनिश्चित कर लिया जाए कि इस बदलाव द्वारा पॉलिसी धारकों को किसी प्रकार की असुविधा का सामना न करना पड़े । इस संबंध में निम्नलिखित पहलुओं पर विशेष ध्यान दिया जाए ।
- i. उन मामलों की अवस्थिति जिनमें मौजूदा टी.पी.ए. द्वारा पूर्व प्राधिकरण पहले ही जारी किया जा चुका हो ।
- ii. उन मामलों की स्थिति जिनमें दावों के प्रलेख प्रोसेसिंग हेतु पहले ही टी.पी.ए. को सौंपे जा चुके हों।
- iii. उन दावों की स्थिति जिनमें टी.पी.ए. द्वारा प्रोसेसिंग पूरी की जा चुकी हो तथा भुगतान राशि बीमाकार / टी.पी.ए. के पास रूकी हुई हो ।

15. डाटा एवं संबंधित मुद्दे –

- a) टी.पी.ए. और बीमाकार सभी दावों के डाटा हस्तांतरण हेतु एक निर्बाध प्रवाह प्रक्रिया स्थापित करें ।
- b) संबंधित फाइलें, दावों के निपटारे अथवा अस्वीकृति के 15 दिनों के भीतर बीमाकार को सौंप दी जाएँ ।

16. प्राधिकरण में विवरणियों की प्रस्तुति —

a) स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय चलाने वाली सभी बीमा कंपनियाँ, अनुसूची III के अनुपालनार्थ समस्त विवरणियाँ प्राधिकरण को प्रस्तुत कर दें।

17. संक्रमणिक (Transitory) प्रावधान –

a) योजनाओं की निकासी

i. नियुक्त बीमांकक द्वारा प्रत्येक स्वास्थ्य योजना, समूह एवं व्यक्तिगत का कंपनी के पोर्टफोलियों में परीक्षण कर उन योजनाओं को सूचीबद्ध किया जाए जो इन विनियमों के प्रावधानों के अनुपालन में न हों। यह सूची नियुक्त बीमांकक द्वारा प्रमाणित तथा मुख्य कार्यकारी अधिकारी (सीईओ) द्वारा हस्ताक्षरित होने

प्रस्तुत समस 18 प्राधिकरण भूव उससे 되 वि 30.06, 2013 उपरांत 25

- निरस्त न होने वाली सभी योजनाओं को विनियम के अनुपालित उन्हें न बेचा जाए ≔
- 1. समूह योजनाओं के मामले में 01 जुलाई 2013 से ।
- व्यक्तिगत योजनाओं के मामले में 01 अक्टूबर, 2013 से
- नामांकित योजना के एक बार विद्ड्रों हो जाने के बाद उसमें नये सदस्यों को न किया जाए । ≔ਂ
- करने आवेदन लौटा दिया जाए जिनके लिए प्राधिकरण का अनुमोदन प्रतीक्षित है। दुबारा ऐसी योजनाओं को आवेदकों को चुकी .≥

b) उपचारक उपाय –

- पहचान संख्या नई योजनाओं हेतु आवंटित करेंगे। इन मामलों में यदि यह पता योजनाओं को छोड़कर बीमाकार स्वयं अपनी ओर से योजनाओं के लक्षणों हैं । ये उन संशोधनों से योजना का अनुपालन कार्यकारी क्रे है कि कंपनी की यह दूढ़ता उचित नहीं तो प्राधिकरण को केर् पयाप्त रूप से हो पाता है तो, नियुक्त बीमांकक तथा मुख्य अधिकारी प्रमाणपत्र के आधार पर उन परिवर्तनों को रिकॉर्ड कर, ऑफर आधारित अथवा डिस्काउंट बीमांकक नियुक्त कार्रवाई करने का पूरा अधिकार होगा । ŧ पाता है (फीचर्स) में संशोधन कर सकते प्रीमियम रूप से हो लाभ-प्रस्तावक, पर्याप्त चलता
 - नश्च जो उपर्युक्त 2A के प्रावधानों के तहत कवर नहीं की जा सकतीं के तहत फिर चाल् अन्त 壮 लामआर्जित तथा स्थि जू ज्य किया जाए । ऐसे आवेदन टैबुलर þ कर फाइल मेट्रिक्स के विश्लेषण के साथ प्रस्तुत किए जाएँ आरक्षण, सहित, मृल्यन से संशोधित उन्हें समुचित रूप पुनरीक्षित प्रावधानों अनुमोदनार्थ प्रस्तुत ऐसी योजनाएँ
- नवीकरण के समय सभी समूह पॉलिसियों को निम्नलिखित विकल्प प्रदान ≣
- 1. समूह योजना के संशोधित, अनुमोदित संस्करण को अपनाने का, अथवा
- 2. पूर्वें में जारी की गई पॉलिसी के निरंतर नवीकरण का परंतु ऐसे मामलों में, 1 अप्रैल, 2013 के बाद किसी नये सदस्य को नामांकित नहीं किया जाना से पुरानी पॉलिसी जारी रखने लिखित सहमति प्राप्त कर लिया जाए । चाहिए और समूह पॉलिसी धारक
- संभावित परिवर्तनों के बारे में सूचित करते हुए उन सभी को उसके संशोधित रूप को अपनाने (स्विच ओवर) करने के विकल्प से भी अवगत करवाया अने योजनाओं में द्वारा संभावित पॉलिसी धारकों को सभी बीमाकारों <u> 기</u>당 $\hat{\mathbf{c}}$

18. निरस्तीकरण एवं बचत --

- लागू किए विनियम के जारी **/**II इस पूर्व आदि 妆 संबंध दिशानिर्देश / स्पष्टीकरण / परिपत्र / पत्र 18 उपरांत निरस्त माने जाएँगे । योजनाओं बीमा (e
 - इन विनियमों द्वारा प्रावधान न किया जाए, इन विनियमों के से पूर्व किए गए स्वास्थ्य बीमा अनुबंधों को अमान्य न समझा जाए । जब तक कि होने q

अनुसूची – ।

जीवन तथा समान्य बीमाकारों द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सुवाह्यता ;

- अन्य बीमा कंपनी को अपनी पॉलिसी पोर्ट करने के इच्छुक एक पॉलिसी धारक को उक्त बीमा कंपनी को प्रीमियम नवीकरण की तिथि से कम से कम 45 दिन पहले अपनी समूची पॅलिसी को पारिवारिक सदस्यों सहित (यदि हों तो) पोर्ट करने हेतु आवेदन देना होगा
 - संपर्क करने में असफल रहता है तो बीमाकार सुवाह्यता का प्रस्ताव देने हेतु बाध्यं नहीं प्रीमियम नवीकरण से कम से कम 45 दिन प्रहले यदि पॉलिसी धारक नये बीमाकार से
- किसी पॉलिसी धारक द्वारा उपर्युक्त (i) में वर्णित कथन के अनुसार ही सुवाह्यता अपनाई जाए न कि पॅलिसी के दौरान ।
- बीमाकार उसके सुवाह्यता के प्रस्ताव पर विचार करने का इच्छुक है, ते वह इसके लिए पॉलिसी धारक द्वारा नवीकरण की तिथि से 45 दिन पूर्व संपर्क न कर पाने पर भी
 - जबकि नवीकरण तिथि पर नये बीमाकार द्वारा सुवाह्यता की सहमति की प्रतीक्षा हो 🚽
- सकता है । इस अवधि के लिए प्रो-रेट प्रीमिय़म स्वीकृत किया जाए । यह अवधि कम पॉलिसी धारक के अनुरोध पर अल्पावधि के लिए मौजूदा पॉलिसी को विस्तारित किया जा से कम एक माह होनी चाहिए और ;
- पॉलिसी की पुष्टि प्राप्त होने अथवा बीमाधारक का विशेष लिखित अनुरोध प्राप्त होने तक मौजूदा पॉलिसी रद्द नहीं की जानी चाहिए। 9
- इन सभी मामलों में नये बीमाकार द्वारा जोखिम उत्पन्न होने तथा अल्पावधि की तारीख की समाप्ति जो भी संगत हो – की गणना पहले से ही कर ली जानी चाहिए । O
- यदि, किसी कारणवश बीमाधारक अपनी पॉलिसी को मौजूदा बीमाकार के साथ ही बनाए रखना चाहता है तो, नियमित प्रीमियम लेकर तथा कोई नई शर्तें लागू किए बिना उसे यह अनुमित दी जानी चाहिए । P
- यदि पॉलिसी धारक ने 5(a) का प्रावधान चुना है और वह दावा प्रस्तुत करना चाहता है – बशातें मीजूदा बीमाकार उन दावों को स्वीकार कर ले । ऐसे मामलों में तो, मौजूदा बीमाकार द्वारा पॉलिसी के शेष भाग के लिए बकाया प्रोमियम की मांग कर पॉलिसी धारक पर, शेष अवधि के लिए प्रीमियम भरने का दायित्व रहेगा । HOUL e.
- उक्त सूचना प्राप्त होने पर बीमा कंपनी आवेदक को अनुसूची । के दिशानिर्देशों के अनुसार सुवाह्यता प्रपत्र के साथ एक प्रस्ताव प्रपत्र तथा योजना से संबंधित प्रासंगिक साहित्य तथा विभिन्न प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं की जानकारी भिजवा दे
 - बीमा धारक, उस सुवाह्यता प्रपत्र तथा प्रस्ताव प्रपत्र भरकर दोनों प्रपत्रों को कंपनी में जमा करवा दे । œ
- पोटेंबिलिटी फॉर्म प्राप्त होने के बाद बीमा कंपनी, मौजूदा बीमा कंपनी से संबंधित पॉलिसी धारक के मेडिकल–हिस्ट्री तथा दावा हिस्ट्री संबंधी विवरण मंगवाने हेतु संबोधित करेगी । यह कार्य आई.आर.डी.ए. के वेब–पोर्टल के माध्यम से किया जाएगा । 6
- मौजूदा बीमा कंपनी, उक्त अनुरोध प्राप्त होने पर आई.आर.डी.ए. के वेब पोर्टल में निर्धारित डाटा फॉर्मेट में समस्त अपेक्षित डाटा अनुरोध प्राप्त होने के सात दिनों के मीतर मौज्दा बीमा कंपनी, उपलब्ध करवाएगी । 10

- 11. यदि मौजूदा बीमाकार निर्धारित समय सीमा के भीतर डाटा फॉर्मेंट में अपेक्षित डाटा उपलब्ध नहीं करवा पाता है तो इसे आई.आर.डी.ए. द्वारा जारी निर्देशों का उल्लंघन माना जाएगा तथा बीमाकार, बीमा अधिनियम, 1938 के तहत दंड के प्रावधानों का अधिकारी होगा।
- 12. मौजूदा बौमा कंपनी से डाटा प्राप्त होने के बाद नयी बोमा कंपनी प्रस्ताव तैयार करेगी तथा आई.आर.डी.ए. (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 के विनियम 4 (6) के अनुसार पॉलिसी धारक को अपने निर्णय से अवगत करवाएगी ।
- 13. निर्धारित समय सीमा के भीतर डाटा प्राप्त होने के बावजूद भी यदि बीमा कंपनी 15 दिन के भीतर पॉलिसी धारक को निर्णय की सूचना नहीं देती है तो बीमा कंपनी के पास उक्त प्रस्ताव को अस्वीकृत करने का अधिकार कायम नहीं रहता है और उसे वह प्रस्ताव स्वीकार करना ही पड़ता है।
- 14. सुवाह्यता (पोर्टिंग) हेतु प्रस्तुत पॉलिसी को स्वीकार करने हेतु बीमाकार द्वारा किसी प्रकार के अतिरिक्त चार्ज की मांग नहीं की जाएगी ।
- 15. पोर्टेड पॉलिसी की स्वीकार्यता के लिए किसी प्रकार का कमीशन अथवा मध्यस्थता शुल्क देने की आवश्यकता नहीं होती ।
- 16. स्वाह्यता (पोर्टेबिलिटी) की अनुमति निम्नलिखित मामलों में दी जानी चाहिए ;
- a) गैर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जारी की गई सभी व्यक्तिगत बीमा पॉलिसियाँ तथा फैमिली फ्लोटर पॉलिसियाँ ।
- b) किसी गैर जीवन बीमा कंपनी की किसी समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत कवर किए गए पारिवारिक सदस्यों, व्यक्तिगत सदस्यों को उसी बीमाकार के साथ उक्त समूह बीमा योजना से किसी व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा योजना अथवा फैमिली फ्लोटर पॉलिसी पर प्रवसन करने का अधिकार होता है । तत्पश्चात उसे उपर्युक्त । में वर्णित अधिकार प्राप्त हो जाएगा ।
- 17. किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए पहले से मौजूद रोगों तथा समयबद्ध निकासियों का प्रतीक्षाफल निम्नलिखित रूप से माना जाता है –

क्र. सं.	पिछले बीमाकार के साथ बीमा	नये बीमाकाः / वर्षों के रू		तुत की जाने	वाली प्रतीक्षाः	अवधि,, दिनों
	कवर की निरंतरता के वर्ष	YY दिन	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष	4 वर्ष
1.	आरंभ के XX दिन (पॉलिसी प्रलेख के अनुसार दिनों की संख्या	(YY –XX) दिन	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं
2.	1 वर्ष की अवधि की	निकासी के	लिए			
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
3.	2 वर्षो की अवधि क	ी निकासी के	लिए			
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1वर्ष	2 वर्ष
4.	3 वर्षो की अवधि व	निकासी के	लिए		,	
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष

	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1वर्ष	2 वर्ष
	3 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	1 वर्ष
5.	4 वर्षों की अव	ध की निकासी के	लिए			
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1वर्ष	2 वर्ष
	3 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	1 वर्ष
	4 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य

- नोट 1.— यदि नई पॉलिसी में किसी रोग अथवा उपचार की प्रतीक्षा अविध पिछली पॉलिसी की तुलना में अधिक लंबी है तो अतिरिक्त प्रतीक्षा अविध के बारे में आवक पॉलिसी धारक को पोर्टेबिलिटी प्रपत्र में स्पष्ट रूप से समझा दिया जाना चाहिए ।
- नोट 2. समूह स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए व्यक्तिगत सदस्यों को उपर्युक्त टेबल के अनुसार तथा निरंतर बीमा कवर के आधार पर क्रेडिट दिया जा सकता है यह विचार किए बिना कि पिछली पॉलिसी में पहले से मौजूद रोग के लिए निकासी/समयबद्ध निकासी का प्रावधान था अथवा नहीं।
 - 18. पोर्टेबिलिटी पिछली पॉलिसी में बीमित राशि तथा बढ़ी हुई बीमित राशि पर भी लागू होगी यदि बीमाधारक द्वारा अनुरोध किया जाए तो पिछली पॉलिसियों के तहत पिछले बीमाकारों से प्राप्त संचयी लाभांश पर भी एक सीमा तक लागू होगी । उदाहरण के लिए ; यदि किसी व्यक्ति के पास 2 लाख रु. की बीमित राशि थी और उसे बीमाकार A से 50,000 रु. उपार्जित लाभांश मिला । जब वह बीमाकार B को शिफ्ट हुआ और उसका प्रस्ताव स्वीकृत हो गया, बीमाकार B को उसे 2.50 रु. की बीमित राशि प्रीमियम लेने के बाद ऑफर करनी थी । यदि बीमाकार B के पास 2.50 लाख रु. की कोई योजना उपलब्ध न हो तो वह बीमित व्यक्ति को निकटतम उच्चतर स्लॅब के रुप में 3 लाख की बीमा योजना ऑफर करेगा और 3 लाख रु. के लिए प्रीमियम लेगा । फिर भी इस मामले में सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी) 2.50 लाख तक ही उपलब्ध रहेगी ।
 - 19. बीमाकारों द्वारा पॉलिसी अनुबंध तथा प्रोन्नयन सामग्री जैसे विवरणिका, बिक्री विवरण या अन्य प्रलेखों में इस बात की ओर पॉलिसी धारक का ध्यान आकर्षित किया जाए कि ;
 - a) सभी स्वास्थ्य योजनाएँ स्वाह्य (पोर्टबल) होती है ;
 - b) पॉलिसी धारक, पोर्टेबिलिटी का लाभ उठाने हेतु, नवीकरण की तारीख से पहले ही अन्य बीमाकार से संपर्क करने की पहल शुरू कर दे ताकि पॉलिसी कवरेज में अन्य बीमाकार द्वारा प्रस्ताव स्वीकार करने में विलंब होने से आने वाले व्यवधान (ब्रेक) से बचा जा सके।

परिशिष्ट – I सुवाह्यता प्रपत्र भाग – I

1.	पॉलिसी धारक / बीमित का नाम
2.	जन्म तिथि/आयु
3.	पॉलिसी धारक / बीमित का पता
4.	मौजूदा बीमाकार का विवरण

	• योजना का नाम	
	• बीमित राशि	
	• संचयी लाभांश	
	 लिए गए पूरक / संशोधन 	
	• पॉलिसी नंबर	
5.	प्रस्तावित बीमा का ब्यौरा	
4	• प्रस्तावित / ली जाने वाली योजना का नाम	
	• प्रस्तावित बीमा राशि	
	 क्या संचयी लाभांश को बीमित राशि के साथ परिवर्तित करना है 	
6.	सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी के कारण)	
7.	पॉलिसी में शामिल किए जाने वाले पारिवारिक	
	सदस्यों का नाम	
संलग्नक;	मोजूदा पॉलिसी-प्रलेखों की छायाप्रति	
दिनांक	1	पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

भाग - ॥

क्या पी.ई.डी. निकासी / समयबद्ध निकासी की अवधि मौजूदा पॉलिसी से अधिक है ; (हाँ / नहीं इंगित करें) :

यदि हाँ, कृपया निम्नलिखित घोषणा को लिखित सहमति दें ।

'मुझे विदित है कि निम्नलिखित रोगों / उपचारों की प्रतीक्षा अविध पिछली पॉलिसी की शर्तों से ...
.....दिन / वर्ष अधिक है। मैं एतद्वारा, निम्नलिखित रोगों / उपचारों के लिए अतिरिक्त प्रतीक्षा अविध वहन करने हेतु सहमत हूँ।

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

अनुसूची

6 स्वास्थ्य एवं जीवन-संयोजी योजनाओं

- इस श्रेणी की योजनाओं का 'स्वास्थ्य एवं जीवन संयोजी योजनाओं' का नाम दिया गया है। इस अनुसूची में इसका उल्लेख 'कोम्बी योजनाओं' के रूप में किया जाएगा।
 - (माइक्रो बीमा) विनियम 2005 द्वारा प्रशासित माइक्रो बीमा यह अनुसूची आई.आर.डी.ए. N
 - योजनाओं पर लागू नहीं होगी। सभी बीमा कंपनियाँ जो ' स्वास्थ्य एवं जीवन–संयोजी योजनाओं' का प्रोन्नयन करती वे निम्नलिखित का पालन करेंगी। က

संयोजी योजनाओं का वर्ग a

- की 'संयोजी योजनाएँ' सभी जीवन बीमा तथा गैर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रमोट सकती है।
 - बीमा कवर कवर तथा अवधि जीवन बीमा गैर जीवन बीमा निगम/एकांगी जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित स्वारध्य ये योजनाएँ जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित विशुद्ध का संयुक्त रूप होती है। ≔
- प्रक्रिया के इन योजनाओं के तहत् प्रस्तावित योजनाएँ व्यक्तिगत रूप से, फाइल व यूज़ तहत अनुमोदित होनी चाहिए। ŧΞ
 - yearida अनुक्प अनुमोदन के कवर, फाइल व यूज़ राइडर्स / अतिरिक्त (add-on) किये जा सकते हैं। .≥
- दोनों प्रकार जोखिमों के प्रीमियम संघटकों को अलग से पहचनाकर बिक्री-पूर्व तथा बिक्री के उपरांत, पॉलिसी धारकों को इसकी जानकारी दे दी जाए साथ ही पॉलिसी प्रलेख, बिक्री-विवरण में भी इसे प्रकटित किया जाए। >
- विशुद्ध अवधि बीमा योजनाओं की अनुमति, परिवार के अर्जनकारी (earning) सदस्यों में एक इस योजना को, व्यक्तिगत बीमा—योजना तथा समूह बीमा आधार पर प्रस्तावित किया जा सकता है। फिर भी जहाँ तक स्वास्थ्य बीमा फ्लोटर योजनाओं का प्रश्न है को जो स्वास्थ्य बीमा का प्रस्तावक भी है – दी जाती है। <u>=</u>
- दिशा कॉम्बी योजना की एकीकृत प्रीमियम राशि की गणना धेशोल्ड सीमा/विनियमों, निर्देशों तथा परिपत्रों आदि के आधार पर की जानी चाहिए। Ξ.
 - 'कॉम्बी योजनाओं' के मामले में, कमीशन तथा दावे के पेआउट्स संबंधित बीमाकारों द्वारा ही दिये जाएँगे । **≓**
- लुक विकल्प रखा जाए। फ्री लुक विकल्प इन योजनाओं पर पूर्णतः लागू किया जाना (स्वास्थ्य बीमा विनियम) 2010 के अनुसार 'कॉम्बी योजनाओं' के लिए फ्री आई.आर.डी.ए. चाहिए। <u>.×</u>
- 'कॉम्बी योजनाओं' के स्वास्थ्य–खंड को, पॉलिसी–धारक के विकत्य के अनुसार, संबंधित गैर जीवन/एंकागी जीवन बीमा कंपनी द्वारा नवीकृत होने का अधिकार दिया जाए। ×

बीमाकारों के बीच 'टाई अप' a

सामान्य की कार्य-प्रणाली, पॉलिसी-सेवा तथा कॉम्बी योजनाओं' का प्रस्ताव देने वाली बीमा कंपनियों द्वारा 'समझौता-ज्ञापन' खर्चों का विभाजन आदि समाहित होता है। किया जाना अनिवार्य है-जिसमें विपणन

- आर डी. ए. से पूर्वानुमोदन ले लेना चाहिए। यह अनुमोदन उनमें से कोई एक बीमाकार भी ले करते दाखिल बीमाकारों द्वारा, अनुबंध की एक प्रति सकता है।
- बीच यह 'टाई अप' एक जीवन बीमाकार तथा एक गैर जीवन बीमाकार ij
- ये दो बीमाकार अनगनित 'कॉम्बी योजनाओं' को प्रमोट कर सकते हैं। .≥
- 'कॉम्बी योजनाओं' को प्रमोट करने के उद्देश्य से आपस में व्यावसायिक संबंध से पूर्व, बीमा कंपनियों द्वारा एक उपयुक्त ड्यू डिजिलेंस बना लेना वैत 'कॉम्बी योजनाओं' हेतु प्रभावी सेवाएँ प्रदान करने के लिए बीमाकारों एक दीर्घकालिक समझौता होना भी अपेक्षित हैं। >
- नहीं होती। फिर भी कुछ अपवादों में दोनों बीमाकार समझौता—ज्ञापन से निकलने हेतु सहमत हों तो उन्हें प्राधिकरण से पूर्वानुमति से निकासी सामान्यतः ऐच्छिक लेनी होगी। टाई अप' ∵≓
- प्रभावी पॉलिसी-सेवा, प्राप्त प्रीमियमों के संचारण आदि के लिए समझौता ज्ञापन के एक भाग के तौर पर, बीमा कंपनियों के बीच विशिष्ट समय सीमा / टर्न अरांउड टाइम्स (TAT) पर सहमति होनी आवश्यक है। ≔
- जामी डी. ए. (बीमा विज्ञापन तथा प्रकटन) विनियम 2000 के अनुसार, प्राधिकरण विज्ञापन जारी करने के 30 दिनों के भीतर विज्ञापनों की फाइलिंग की आई. आर. चाहिए। द्वारा <u>≅</u>
- क लिए संयुक्त बिक्री विज्ञापन को जारी करने हेतु आई. आर. डी. ए. से पूर्वानुमोदन लेने प्रस्तावित प्रक्रियाएँ । <u>.≍</u>
 - पॉलिसी की विभिन्न स्तरों पर, जैसे–प्रस्तावना स्तर, पॉलिसी सर्विसिंग, प्रीमियम–वसूली व्यवस्थापन तथा दावों आदि हेतु प्रस्तावित पॉलिसी सेवा की कार्य प्रणाली। ×
- 'कॉम्बी योजनाओं' की बिक्री तथा पॉलिसी सेवा के समर्थन में सूचना–प्रौद्योगिकी प्रणाली की व्यवस्था। ∵≓
 - बीमा कंपनियों द्वारा एक-दूसरे को सामान्य सेवाएं प्रदान करने हेतु हुए व्यय की पर अनुबंध। ∺
- कॉम्बी योजनाओं के तहत अनुमत अधिकतम कमीशन का वितरण। ij.
- प्रीमियम की वसूली का तरीका बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB के अनुरूप चाहिए। ×.
 - योजना के दूसरे बीमाकार के, प्रीमियम के भाग के शीघ्र हस्तांतरण की प्रक्रिया ξ.
- उचित समय पर पॉलिसी डाटा-बेस पर ग्रीमियम अपडेट करने हेतु प्रचालन प्रक्रिया की व्यवस्था। × <u>×</u>
- उपलब्ध कॉम्बी योजनाओं के पॉलिसी धारकों के लिए, योजना के एक भाग को जारी अनुसार विनियमों, दिशा-निर्देशों के निकासी के लिए ₩ जोखिम–कवरेज विकल्प × Hi:
- प्रस्तावित सामान्य बिक्री विवरण/प्रस्ताव–प्रपत्र दोनों बीमाकारों द्वारा जारी किये जाने हैं तरमीम न की बशते कि फाइल एवं यूज़ प्रक्रिया के तहत अनुमोदित इन प्रलेखों में कोई XVIII.
- शतौ लक्षणों, 'कॉम्बी योजनाओं' के सामान्य विज्ञापन-बशर्त कि वे कॉम्बी योजनाओं के तक ही सीमित हों। ×.

c) मुख्य (लीड) बीमाकार

अनुसार 'कॉम्बी योजना' के प्रस्ताव में दो बीमा कंपनियाँ शामिल होती हैं । अतः उनमें से एक बीमा कंपनी, प्रत्येक कॉम्बी योजना की स्वीकृत शतौँ एवं विचारण के प्रस्तावित 'कॉम्बी योजना' के मुख्य बीमाकार की भूमिका निभाने के लिए सहमृत हो जाती है।

- ii. 'मुख्य बीमाकार' को कॉम्बी योजना से संबंधित विभिन्न सेवाएं प्रदान करने के लिए क्रांतिक भूमिका निभानी होती है।
- iii. कॉम्बी योजनाओं की प्रभावी पॉलिसी—सेवा हेतु मुख्य बीमाकार की भूमिका पार्टनर —बीमा कंपनी की मौजूदा प्रचालन—इन्फ्रास्ट्रक्चर पर निर्भर होने में विरूद्ध नहीं होनी चाहिए।
- iv. अपनी संबंधित पॉलिसियों की षतों के अनुसार, दोनों में से कोई भी कंपनी दावों के सक्रिय निपटारे तथा अन्य दायित्वों से विमुख नहीं होनी चाहिए।
- 4. जोखिम अंकन :— 'कॉम्बी योजना' के तहत, जोखिम से संबंधित अंश का अंकन का कार्य दोनों संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा किया जाना चाहिए। अर्थात् जीवन—बीमा के जोखिम का अंकन जीवन बीमा कंपनी द्वारा तथा स्वास्थ्य बीमा के जोखिम के अंश का अंकन गैर जीवन—बीमा / एकांगी स्वास्थ्य बीमा—कंपनी द्वारा किया जाए।

5. फ़ाइल एवं यूज़ :-

- a) एक 'कॉम्बी योजना' के तौर पर प्रस्तावित बीमा योजना तथा स्वास्थ्य बीमा-योजना दोनों ही फ़ाइल एवं यूज़ के तहत पूर्व अनुमोदित होने चाहिए।
- b) दोनों अनुमोदित स्वतंत्र योजनाओं को एकीकृत कर एक सामान्य ब्रैंड नाम से फाइल करवाया जाए
- c) 'कॉम्बी योजना' को फ़ाइल एवं यूज़ के अनुमोदन हेतु एकीकरण करते समय फ़ाइल जाना होता है यह विचार किये बिना कि, इस पर पहले अनुमोदन लिया गया था अथवा नहीं।
- d) 'कॉम्बी योजना' फ़ाइलिंग के समय फ़ाइल एवं यूज़ दिशा—निर्देशों का पालन करना चाहिए जो समय—समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किये जाते हैं।
- e) 'कॉम्बी योजना' को प्राधिकरण के बीमांकिक विभाग में, फाइल एवं यूज प्रारूप में फाइल किया जाना होता है।
- f) कॉम्बी योजना फ़ाइल एवं यूज़ रूप में प्राधिकरण द्वारा अनुमोदिन होनी चाहिए।
- g) कॉम्बी योजना फाइल एवं यूज अनुप्रयोग द्वारा निम्नलिखित को भी विनिर्दिष्ट किया जाना चाहिए।
- i. 'कॉम्बी योजना' का मुख्य बीमाकार तथा दोनों बीमाकारों के बीच विभाजन कार्यकलापों का सीमांकन।
- ii. बीमा अधिनियम 1938 की धारा 58 की षतौं पर प्रीमियम—नोटिसों को जारी करने हेतु प्रस्तावित प्रक्रिया।
- iii. जब सर्विसिंग के दौरान मूल बीमाकार की उपस्थिति जरूरी हो तब मुख्य बीमाकार द्वारा पॉलिसी सर्विसिंग की जानी चाहिए। जहाँ तक पॉलिसी धारक का संबंध है मुख्य बीमाकार को सर्विसिंग अनुरोध प्राप्त करने के लिए तथा पावतियाँ जारी करने हेतु नोडल बिंदु के तौर पर नियुक्त किया जाए।
- iv. साध्यता—अध्ययन के परिणाम, पॉलिसी डाटा बेस को प्रभावी पॉलिसी सेवा अनुरोधों को मुख्य बीमाकार तक पहुँचाते हैं।
- v. दोनों बीमाकारों द्वारा लागत—लाभ विष्लेषण अपनाए जाएंगे तथा कॉम्बी योजना के प्रीमियम पर दिये जाने वाले डिस्काउंट का प्रस्ताव भी दोनों की सहमति से दिया जाएगा।

दावों के निपटारे के समय मुख्य बीमाकार द्वारा सुनिश्चित किये जाने मुद्दे

- बीमाकार की 18 किये जाने चाहिए। किसी भी स्थिति में, मुख्य बीमाकार द्वारा दूसरे दावों के निपटारे प्रकार के आधार पर अन्य बीमाकार द्वारा भी ओर से, दावे के निपटारे की गारंटी नहीं दी जाएगी। दावे के उपाय a)
 - जोखिम का प्रभाव कॉम्बी योजना' के तहत एक बीमाकार द्वारा स्वीकार किये जाने वाले अन्य बीमा कंपनी पर नहीं पड़ना चाहिए। **p**
- तथा विनियम प्र उस 娰 अंश का संबंध स्वास्थ्य योजना' के दिशा–निर्देश लागू होंगे। , कॉम्बी पक जहा (C)
- क जिन मामलों में पॉलिसियाँ सीधे ही सेवा मूलक हैं उनमें बीमाकार को एक सहयोगी भूमिका निमानी चाहिए। b
 - 'कॉम्बी योजनाओं के पॉलिसी बांड (Bond) के समयबद्ध प्रेषण के लिए, प्रस्तावित प्रचालक प्रक्रिया अपनाई जानी चाहिए। (e)

7. वितरण चैनलः—

- 'कॉम्बी योजना की बिक्री मिम्नलिखित माध्यमों से संचालित की जानी चाहिए:-
 - i. प्रत्यक्ष सीधे विपणन (मार्केटिंग) चैनल
 - ॥. दलालों∕ब्रोकरों तथा
- दोनों बीमाकारों के परिचित व्यक्तिगत एवं कॉर्पोरेट एजेंटों द्वारा Ξ
- <u>린</u> किया नहीं रेफरल" व्यवस्था के माध्यम ''हैक योजनाओं का विपणन, 'क्रॉम्बी चाहिए। Q
- 'कॉम्बी योजना' का विपणन उन बीमा-मध्यस्थों किया जाए किसी भी बीमाकार की किसी योजना के विपणन हेतु प्राधिकृत नहीं कि बीमाकार यह सुनिश्चित कर लें गया। (C)

8. न्यूनतम अनिवार्य प्रकटन:-

- किसी कॉम्बी योजना का न्यूनतम अनिवार्य प्रकटन निम्नांकित रूप में हो:-ب
- स्वास्थ्य बीमाकार का नाम) और "xyz द्वारा संयुक्त रूप से प्रस्तावित की गई (गैर जीवन/एकांगी बीमा कंपनी" (जीवन बीमा के बीमाकार का नाम) योजना 'एबीसी बीमा कंपनी'
- क्ष कॉम्बी योजना के जोखिम संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा ही संभाव्य/स्वीकृत इस ≔
- तथा 4 के निपटारे का दायित्व संबंधित बीमाकारों होगा। जैसे स्वास्थ्य लाम के लिए abc बीमा कंपनी (गैर जीवन/एकांगी स्पष्ट करें) जीवन बीमा लाभों के लिए "XYZ बीमा कंपनी" (जीवन बीमा के बीमाकार का नाम)। बीमा लामों से संबंधित दावों स्वास्थ्य ΞĖ
 - किया संबंधित लामों में होने वाले कानूनी विवादों का निपटान संबंधित बीमाकारों द्वारा ही 1112115 <u>.≥</u>
- रखने जारी कॉम्बी योजना के पॉलिसी धारकों को पॉलिसी के आंशिक भाग को अन्य भाग को रद्द करने का अधिकार होगा। >
 - उसमें होगा, नवीकरण का प्रावधान योजना के स्वास्थ्य अंश को ही यह सुविधा मिलेगी। बीमा योजना के योजना में स्वास्थ्य .<u>২</u>
 - इन 'कॉम्बी योजनओं' हेतु उपलब्ध प्रीमियम—भुगतान विकल्पों का विशिष्ट प्रकटन। T5 099 ij

- viii. उपलब्ध पॉलिसी सर्विसिंग सुविधा का विशेष प्रकटन।
 - ix. दोनों प्रकार के जाखिमों के तहत इन पॉलिसियों की प्रस्तावित दावा—सेवा का विशेष प्रकटन।
 - x. जोखिम के स्वास्थ्य बीमा अंश के लिए थर्ड पार्टी प्रशासकों (TPA) की उपलब्धता का प्रकटन।
 - xi. इन कॉम्बी योजनाओं के तहत उपलब्ध शिकायत-निवारण विकल्पों का प्रकटन।
- xii. पॉलिसी धारकों को यह सलाह दी जाती है कि वे पॉलिसी खरीदने से पहले, उसके लाभों तथा 'कॉम्बी योजना' के पॉलिसी—सेवा संरचना से भलीभांति अवगत हो जाएँ।
 - b) 'कॉम्बी योजनाओं के पॉलिसी प्रलेखों में कम से कम उपर्युक्त वर्णित बिंदु (iii) से (xi) तक प्रकटित होने चाहिए।
 - c) प्रस्तावक से यह घोषणा-पत्र लिया जाए कि उसने उपर्युक्त सभी प्रकटनों को समझ लिया है और उस पत्र को प्रस्ताव के साथ संलग्न कर दें।
- 9. 'कॉम्बो योजनाओं' के संबंध में दोनों बीमाकारों द्वारा बीमा अधिनियम 1938 और अधिसूचित विनियमों, अन्य दिशा—निर्देशों, परिपत्रों का स्वास्थ्य बीमा व जीवन बीमा से संबंधित समस्त अनुदेशों का अनुपालन किया जाए।
- 10. इन दिशा—निर्देशों के उद्देश्य हेतु गैर—जीवन बीमा कंपनी में एकांगी स्वास्थ्य बीमा कंपनी भी शामिल है।
- 11. योजना की व्यापकता की प्रगति को मॉनिटर करने तथा उसके क्षेत्र को बृहत्तर बनाने के लिए समस्त बीमा कंपनियां जो 'कॉम्बी योजना' की मार्केटिंग कर रही हैं उन्हें अपने प्राधिकरण के समक्ष समय—समय पर सूचना प्रस्तुत करनी चाहिए।
- 12. 'काम्बी योजनाओं' को प्रस्तावित करने वाली बीमा कंपनियों की गतिविधियों को मॉनिटर करने हेतु प्राधिकरण द्वारा समय—समय पर ऐसी शर्ते निर्धारित की जानी चाहिए।

अनुसूची III

बीमा कंपनियों से प्रस्तुत किए जाने वाले स्वास्थ्य बीमा रिटर्न

जे. हरि नारायण, अध्यक्ष [विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

	्रह्वा (५७४) स	्थ्य अविष्य के लिए अ	स्य प्राव् आवृह्ति	्रास्ति। आवृद्धिप्रस्तुत करने के लिए 1 अनुस्मारक समय सीमा कारण तिथि	ू 2 अनुस्मारक कारण तारीख		
ने (बीमा कंपनियों दवारा प्रस्तृत किया जाना)		STATE OF THE STATE OF			10000000000000000000000000000000000000		
इनपट हेल्य 1	जनपद्भाद्भा के जिल्ला अन्तादार्थक पद्भान कर्ता विकास	देखना	वर्षिक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	www.
গ্র	। वर्ष से अधिक अंदर्भिक स्थान के साथ अत्यादों के लिए अन्याद के प्रदर्शन के । विदर्शन	देखना	वर्षिक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
	उत्पाद के पदर्शन के दावा के अदिलंग के मदर्ग में द्वाराण	देखना	वार्षिक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
	नवारा के	देखना	वर्षिक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले		
	0.00	देखना	वर्षिक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
-	नया व्यापार और नवीकरण व्यापार के विवरण गत्यवार	देखना	वार्षक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
	रोपीए के कारण देय का विवरण	देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनप्ट हेल्थ_6	दावी के विवरण सीध समाला	देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनप्ट हेल्थ_6.1	टीपीए के नाध्यम से नियतित किया दावी का विवेरण,	देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
इनप्ट हेल्थ 6.2	कुल दावे का विवरणासीय अभाषा और टीपीए के सार्च्यन स	देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
्डनप्ट हेल्थ <u>-</u> 6.3	दोता है होते का विसंगा राज्यवार	देखना	वर्षिक	जून की 30-आडिट वर्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_6.4	सरकार दवार अयोजन स्वास्थ्य श्रीय योजना न प्रदेशन	देखना	प्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	

			The state of the s	31 - X - Z/2 - X - Z/2 - Z/2 - X - Z/2 - Z	नियत तारीख निय मे २ टिन पहले पर	नियत तारीख पर	सुश्री मीना कुमारी के साथ चर्चा की	4
المحارد ودمار		TO DE LOS	क्रमासिक	तिमाही के बाट महीने के भंत के 15	े नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	सुश्री मीना कुमारी के साथ घटो की	
o had sheet	The late of the la		वार्षिक	जून की 30-आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	सुश्री मीना कुमारी के साध चर्चा की आवश्यकता है	
			त्रमासिक	इस रूप में आईआरडीए उपयोगकता द्वारा भरा जाता है				
	ि सन्जीवन उत्पाद द्यांखल अस्ते के लिए अविद्वी		नड्ड उत्पाद फाइलिंग	फ़ाइल का उपयोग करें				
नपुट हैल्थ आरतीय भलीक कार्यालय इनपुट हेल्थ आसतीय भल्यक पुल्य कार्यालय 1 से कार्यालय		देखता	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		
tell C		देखना	त्रेमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		
निर्धि हे काथालय कार्यालय कार्यालय विकरण		देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीजे के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		
कार्यात्यो के जिप्ति हे वितरण की - कार्यात्य राज्यवर		देखना में	त्रमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		
कायांत्य पन्यक अपिक प्रज्य में विकास		देखना	वार्षिक		नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		÷,

इमपट हैल्या		वाषिक			2 2					_	
उत्पाद के प्रदर्शन का विवरण-1 वर्ष या 1 वर्ष से कम के कार्यकाल के उत्पाद (स्वास्थ्य उत्पादों वाले सभी बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किये जाने वाले)					, e						10.00
								7			13
उद्धरम् और आवात्त											,
सभी उत्पाद जिसका कार्यकाल 1वर्ष या 1वर्ष से कम है की जानकारी एकदित करता है।						1					
मीजूदा डी फामें की जगह नया व्यापार और उम्मीद व्यावसायिक डेटा पर अपिक डेटा तत्वों को जीड़ने फीमें की आवृत्ति वार्षिक और जब कभी है											
6											
फिल्टर और माष्ट्रण्य	य व										
	क्षांकता के नाम				1						
						1746		7			1
4	rifex			3,5415	S STATE	रत्याह ४	TIPLE S				
L		कालम कोड	to	45	ቱ	4	100				
		उत्पाद विवरण							e		
1 2	उत्पाद का नाम य आड एन										1
36	कवर का स्कोप (1)		अस्पतात देखमाल					कवर के दावरे की सूची दी आती है			
					"			जार काच अल्लख किया	4		
3बी	तस्य समृह		अन्य लोग					अस्पताल देखभाल			Ī

0								11	IE G	Az	LE I	111	e Or	IND	IA : .	EXI.	RAORI	אוכ	AR	.Y				[]	AF	RT III—SI	EC.	4
	*																							1		Å.	I	Ī
,																											T	Ì
										<u> </u>																	ļ	
	3. सांजिकल नकद	4. अस्पताल दैनिक नक्द	5. उच्चतम कटीती	6. आउट पेशेट कबर	7.चिकित्सकीय कवर	8. स्वास्थ्य बचत	9. घरेलु याजा	10.इटरनैशनल ट्रैवल	11.अतरोष्ट्रीय स्यापक कवर	12. निरिष्ट बीमारी	/ रोग प्रबंधन (जैसे	केसर, एचआईवी,	मधुमह आद का कवर)	13. पसेनल एक्सीडेट	14. मातृत्व और प्रजनन	15. दीधोवधि देखमाल	16.विकलागता और पुनर्वास	4	17. मानासक बामारा	99. किसी भी अन्य						;		
																					r						i	
		241	-				V-										1 4									T.		
					शुरू	हा		_								T,	निवेश करने के जिए डेटा									निवेश करने के निए डेटा		
+समूह						नही		Hz.	*								निवेश करने के जिए डेटा									निवेश करने के निए डेटा		
										नई व्यवसाय हेटा								,			नवीकरण व्यवसाय डेटा							
NAME OF TAXABLE PARTY.	अंगतान का आधार	उत्पाद की जिकासी की तिथि	पालिसी की न्यूनतम की अवधि	पोलेसी की अधिकतम अवधि	उत्पाद की वतमान स्थिति	एड ऑन का कवर शामिल	एड ऑन कवर की सख्या	क्या टीपीए द्वारा सीवेत?	कृत. टीपीए शामिल					जारी की गड़ नीतियों की सख्या	सकल प्रीमियम एकत्र "	कुल प्रीमियम दिया गया	बीमित व्यक्तियों / सदस्यों की सख्या		कुल बामित साथ	पुनबीमा कमीशन		जवीकरण के लिए बकाया पॉलिसियों की संस्था	नवीकरण की गई पालिसियों की सख्या	कल नवीकरण प्रीमियम एकत्र	कुल नवीकरण प्रीमियम दिया गया	बीमित व्यक्तियो /सदस्यो की सख्या	नवीकरण में कल बीमित शांश	
	40	S	25	₹ F	9	Д9	6a	6सी	(S)					1	8	1.8	6		10	111		Ħ	380	36	Fa6	10α	120	
1																		- ,										

										2
		रह करने के लिए डेटा			•		_		_	
841.1	पातिसी अवधि के दौरान रहीकरण की सख्या नया व्यापार के बाहर	नया ट्यापार के बाहर					_		4	
								37		
		*					-	+	-	
841.6		बहिर								-
		उन्मीद नवा व्यापार के आंकड़े (अगले वर्ष के लिए)						i		
8	पॉलेसियों की संख्या						-	+	1	
6एफ	सकल प्रीमियम							, i		
6जी	कल. दावों की संख्या							× 16		
6	कुल दावों की राशि				_	1.0				
69	दावा अनुपात					यहाँ पर				
६वं	सयुक्त अनुपात			 1		बीमा कपनी द्वारा भरा जाएगा		-	-	
	दावा अनुपात =(दावां की कुल राशि खर्च)/								\perp	
	सयुक्त अनुपात =(कुल कपनी टयय राशि + खर्च दावों की कुल राशि)/जीडबसूपी									
6,	दावा अनुपात लबित =लबित कुल दावे / कुल दावा अनुपात									
	निपटान दावा अनुपात = निप्टाए गये दावो की संख्या /कुल सुचित दावे		 							
मेंट										
 केवल मुख्य कवर कवर के दायरे में उल्लेख किया जाना चाहिए. 										
• सकल प्रीमियम सेवा कर घटाने से पहले प्रीमियम राशि के रूप में परिभाषित किया गया है			 							

																		1											316
	4			Ca.	<u> </u>						4.=							1	-	- C				-					**
				_			_							+					,				181						
54											14							1			उत्पाद 5	40-							
					13		_							-		_	1				उत्पाद 4	40				Š			1
											*						_				उत्पाद 3	朝	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	A 19	SA NEW YORK	Č.		ट्योक्त	
																		*			1 उत्पाद 2	#	1					सम्बह	
2		0																+	-		37	कड़ि ए				1,6		समूह	_
वाषिक																						कालम काड	उत्पाद विवरण	4			ti		
										-					वर्ष		बीमाकतो के नाम				स्यारा		- 1	उत्पाद का नाम	युआईएन	कवर का स्कोप (1)	लक्ष्य समूह	बीमित व्यक्ति के प्रकार	भुगतान का आधार
D C	कि वाले	न का	स्थ	सभी बीमा	रा उत्पाद	The same	(leah)			1 वर्ष से आधिक वाले उत्पाद प्रदर्शन का विवरण	मीजूदा डी फार्म की जगह नया त्यापार और उम्मीद त्यावसायिक डेटा पर अधिक डेटा		वाषिक रूप में है और															100	4
इनपुट हेल्था 1(ए)	1 वर्ष से अधिक वाले	उत्पाद प्रदर्शन का	विवरण (स्वास्थ्य	उत्पादों वाले सभी बीमा	कंपनियों दवारा उत्पाद	The Tar	ולאום לוו ול	· v	उद्देश्य और आवृत्ति	वर्ष से अधिक वाले उत	जूदा डी फार्म की जग मीद व्यावसायिक डेटा	के का आड़न	त्ने की आवृत्ति और . ब.	फिल्टर और पैरामीटर										1	2	æ	3बी	4	每

				_			_					91(11411(-1							33
								;		1									
ž	r			H						\vdash			+	-		,			
			-							-	_		+			ì		<u> </u>	
	3	-	┼-	_		_	_	_		-			-				χ.	-	
				L		;	,			_				-1	ļ 				
										<u> </u>									
Ĭ.														7					:
								4											
													+						
	,	┢	-	_				_		<u> </u>	-	I	+-	-	<u> </u>				
	4,5			-					-	-		निवंश करने क लिए डेटा							
			-	ite.		-				-			+	-	-			-	
		-	-	नही		itë.			<u> </u>	-	_	निवेश करने के लिए डेटा	+	_	_				
						-		नड्ड व्यवसाय डेटा							नवीकरण व्यवसाय डेटा				
उत्पाद की निकासी की तिथि	न्यूनतम पालिसी की अवधि	अधिकतम पालिसी	उत्पाद की वर्तमान स्थिति	वर पर शामिल	वर पर ओड़ने 1 संख्या	ाहे टीपीए द्वारा वित?			जारी किए गए मीतियों की संख्या	सकल प्रीमियम एकत्र *	ल प्रीमियम या गया	/ व्यक्तियों / सदस्यों कवर जीवन की संख्या	कुल बीमित सांश	पुनर्बीमा आयोगी प्राप्त	16 10	नवीकरण के तिए कारण नीतियों की संख्या	नए सिरे मे नीतियाँ की संख्या	ल नवीकरण मियम एकत्र	कल नवीकरण प्रोमियम सींप दिया
K CE	16 48	馬	ज ल	8	<u>₩ 48</u>	<u> </u>	किंग्झ	-	⊒ि हो	E E	Æ 40°	ল ক	<u>l€</u> Ω	जिंग्डर			कि क	⊬िक्	<u>ዙ ਅ∓ ©</u>
																*			
2	514	2 €	۵	119	텔	(相	6 <u>8</u>		^	®	00	o o	10	111		ŧ.	8¢	1 86	. 5e
							_											Y	
	GTI	1			<u> </u>	<u>L.</u> _	1	<u> </u>	1	Щ.		li .			<u> </u>	<u> </u>	1	1	

660 GI/13-9

-							1						-		Ť					
निवश निवश करने के करने के निव डेटा निव डेटा			बल व्यवसाय डेटा				निवेश निवेश करते के करते के तिए डेटा तिए डेटा			10年 10年	यापार के	यापार के	एग ट्यापार र	उन्मीद नया व्यापार के आंकड़े (अगले वर्ष के लिए)					0	
/ व्यक्तिया / सदस्यों कवर जीवन की संख्या	कल योग जवीकरण में बीमित	पुनबीमा आयोगो प्राप्त		नीतियों की सख्या	सकत प्रीमियम आय	कुल <u>प्रीमियम</u> सीप दिया	/ व्यक्तियाँ / सदस्यों कवर जीवन की संख्या	कुल बीमित शाश	पुनबीमा आयोगो प्राप्त	स्त कर	रद्द करने की नया व्यापार मुफ्त देखों अवधि बाहर में नंबर	रद्ध ••• पॉलिसी नया ट्य अवधि के दौरान बाहर	संख्या नवीकर		नीतियों की संख्या	कुल सकल प्रामियम	क्ल.दावी के	दावों की कुल राशि	का दावा है अनुपात	संयुक्त अनुपात
100	116	114		山	9बी	9 ah i.	10 4	114	12बी		世	8सी .	8सी .॥		\$9	964	ह <u>न</u> ी	9	15	ब्र

Ţ	1 3 77:		-	-	1		$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	1	1	1			
\neg	 केवल प्रमुख कवर कवर के दायरे में उल्लेख किया जाता चाहिए 	Servi de		\dashv			1	_		_) =	_	
丁	क्या जाना चाहर सकल प्रामियम सेवा कर घटाने से पहले	라		+	+	1	$\frac{1}{1}$	+	+	\dagger	†		+	
	प्रीमियम राशि के रूप में परिआषित किया	<u>ਬ</u>												
Т	•• इस अनुभाग में वर्तमान वैकल्पिक है									+		1	+	
ГТ	• सफ्त देखों रह करने से			L	,		,	F		Н	6		H	
	इनप्ट हेल्य 1.1		वाषिक											
	उत्पाद विकास तथा एजिंग के											4.		
41	संदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का													
_	विवरण (स्वास्थ्य उत्पादों वाले						-							
43	सभी बीमा कंपनियों द्वारा													
101	प्रस्तुत किया जाएगा)		Ī											
(4)	उद्देश्य और आवृत्ति										,			
(1	उत्पाद विकास तथा एजिंग के सदक्षे में						-							Ì
OF 11	उत्पाद प्रदेशन का विवरण का दोवा करने ।						-							
f,i	उस बदने के डेटा का दावा													
	मॉजूदा प्रपत्र डी की जगह का दावा है													
G1 (A)	डेटा पर अधिक विस्तृत स्तर जानकारा जोडने													
4	बंदले की आवृत्ति और वर्षिक रूप में है													
1	SIL CIR.													
	फिल्टर और मापदण्ड													
		वर्ष			प्रकार प्रकार									
									÷					
		बीमाकर्ता के नाम												
Ц	*	विशेष		उत्पाद	उत्पाद 2	उत्पाद उ	उत्पाद 4	उत्पाद 5						
			कालम कांड	ø	4	괔	S.	48						
			इटा का दावा											
	Ľ	साल का शुरुआत में लंबित दावों	नहां.								.Z			
	1.11		राशि									٧		
		नए दावे दर्ज	नहीं.											
	2.11		राशि											
	3.1	इकार किये गये दावे नहीं.	नहीं.											
	3.11		राशि											
						i								

4.1 अन्य कारणों की वजह से बंद कर	अन्य कार वजह से	्यों की दिक्	नहीं.			-		,						-	
दिये गये नए दावे		(A)		\top		\dagger	\dagger	1	51	+	+	+		+	T
फिर से खोले गए	I =	नहीं.		T			1			-			-	+	
		रामि		T		+	-	\dagger		+	+	+	$\frac{1}{1}$	+	T
6.1 वर्ष के अंत में नहीं. लिबित दावों	妆	नहीं.			-				-					-	
हा।		राशि	L					-		-		-	_	-	Ī
7.। दड ब्याज का नहीं.		नहीं.								-					
7.ii (11%)		रागि	L	T		-	,		-	-		+		+	T
खचे दावा अनुपात	ন্ত্ৰই বাৰা সন্দান		Ш									_			
8,॥ सम्बन्ध अनुपात	सम्दत् अनुपात		Щ									-		Н	
का दावा है अनुपात = (दावों की कुल राशि खर्च) / जीडब्स्पी	का दावा है अनुपात = (दावों की कुल राशि खर्च) / जीडब्स्मी														
संयुक्त अनुपात = (+ कुल कंपनी ट्यंय राशि का खर्च दावों की कुल राशि) / जीडब्ल्पी	संयुक्त अनुपात = (+कुल कंपनी ट्यय राशि का खर्च दावों की कुल राशि) / जीडब्ल्पी														
संबित दावों के एजिंग *	निवेत दावों के एजिंग *	लबित दावों के एजिंग *					ı						-2		
12.i 1 महीजे से कम नहीं. लंबित दावे	-	नहीं.													á.
12.॥	साक्षे	राशि		\uparrow		+-		+	+	+		+		-	
13.i 1 महीने से अधिक नहीं. और 3 महीने से कम लंबित दावे		٠. عادة الع						,	Ţ			7			
						 			7					4	9
13,ग्रं	राशि	राशि				H						H		H	

							, <u>-</u>				
		ÿ.									
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									
h.						1					
	++	**	+			1				+	-
				<u>. </u>	¥.				H		
									Н		-
	$\frac{1}{1}$			 		-	<u></u>			+	-
+ E +	+					-	·			-	-
	+					+					-
	$\frac{1}{1}$					-		. **		+	
	$\frac{1}{1}$	÷									- F
-	याक्र	症	राशि	稍.		साश	ŧ <u>i</u>		训练		•• निष्टाए हुए दावों की एजिंग
3 महान स आधक और 6 महीने से कम लंबित दावे		6 महीने से आधिक ब और 12 महीने से कम लेबित दावे		1वर्ष से आधिक और 2वर्ष से कम लंबित दावे			2 वर्ष से अधिक लंबित दावों				
										खि से गिना	
14.1	14.ii	151	15.II	16.1		16.ii	171		17.i	* पहली सुचना की तारीख़ से गिना	
	+			4		_				*	+

8		THE GA	AΖ	ETTE OF INDIA: EXTR	₹A	ORDINARY	[PART III	SE
			1			5.	1	
· 			1					
i								
						: !		
٠								
\	3							
						*) * ()
न्त <u>्र</u>	साक्ष	원 - -	साश		साश	다. (CHAIL COLOR	4
1 महीने से कम निप्टाए हुए दावे		1 महीने से आधिक और तीन महीने से कम निप्टाए हुए दावे		3 महीने से आधिक और 6 महीने से कम निष्टाए हुए दावे		6 महोने से अधिक और 12 महीने से कम निप्टाए हुए दावे		
			*					
12.1	12.ii	13.	3.ii	14.1	14.11	15.1	15.11	
					+			
	+		-				-	

				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	3			, i
7.	4:			7
	27			
			7	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	 	 		
		1 1		
			i	
£.				
				:
	 	 		
1				
		इकार किये गर्य दावों की पनिंग नहीं.		
		位 佐	2	
	सी भी	दावों व तावों व नहीं.	नहीं.	原
		NO 15 IF	le In	
1.वन त आवन और 2 वर्ष से कम निष्टाए हुए दावे	2 वर्ष से अधिक निष्टाए हुए दावे	1 महीने से कम इंकार किये गये दावे	1 महीने से अधिक 3 महीने से कम इंकार किये गये दावे	3 महीने से आधिक 6 महीने से कम इंकार किये गये दावे
1वब से आयक और 2वर्ष से कम निष्टाए हुए दावे	# 5	यो के म	ति से अ ति से अ	世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 世 田
मूर २	2 वर्ष	1 मह	. मही 3 मह	मही 6 मह इंकार
-10				m - m
7/	17			
	15			
	惟		2	
791	16.ii 17.i •• पिछते आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना	12.1	13.i 13.ii	14.i
	श्यक्			
	** पिछले आवश् तारीख से गिना			-7
	विसे			-97
)	# # E			
		,		
	10 11 1			

40			THE GAZE	FFF	E OF INDIA	: E	XTRAO	RDIN	NARY		[F	PART II
												9
_				\dagger			4	+				
				\dagger				1				
								+				
			- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·									
								1		- -		
			-									
								-				
	-											
-												
知	號	रामि		祖		祖						
	6 महीने से आधिक 12 महीने से कम इंकार किये गये दावे		1 वर्ष से आधिक 2 वर्ष से कम इंकार किये गये दावे		2 वर्ष से अधिक इकार किये गये दावे			i i				
							克		ये = कल र्रित किया	ो का यो / कुल	न के आधार	
14.ii	15.1	15.ii	16.1	16.ii	17.i	17.ii	••• पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना		1. का दावा है अनुपात का खर्च = कुल खर्च दावे / कुल प्रीमियम अर्जित किया	2. संयुक्त अनुपात = (कुल दावे का अग्रतान + अन्य परिघालन व्यय) / कुल प्रीमियम अर्जित किया	3.उत्पाद नक्ष्य समूह के चयन के आधार पर आबादी जाएगा	
							••• पिछले आवश् तारीख से गिना		दावा है अन् दावे / कुल	क्त अनुपात ल +अन्य यम अजित	3. उत्पाद लक्ष्य सम् पर आबादी जाएगा	
		-		+	•	-	तारीर	Ė	1. का खर्च	2. सर अमृगत प्रामित	3. उत्	

g†	7.4											Ī
- 7												T
1												
								टीवीए			,	
										स्वीत दावों के	15	
	Ţ.							स्बद्ध		संवित दावों की संख्या	62	
O Agr										निपटाए हुए दार्बी औ राष्ट्रि	10	1
Inshouse								क माध्यम से नियंतित दावों		निपटाए हुए दार्बो की संख्या	45	
										समाले गए दावाँ की तालि	标	
ų.										सभासे गए दावों की संख्या	45	
वाषिक										सीवित प्रीकिसिबाँ की सख्या	₽,	
										उत्पाद य्आईएब		
0	,						Į.	क्षेत्राकरो के नाम	टीपीए नाम	उत्पाद का नाम	कांतम कांड	
ट फिर्म <u>ुट</u> हेल्य <u>े</u> 2	टीपीए के मामले में दावों के प्रतिबंध के संदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का विवरण स्वास्थ्य बीमा कारोबार होने की बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किया जाएगा)	STATE STATES	टीपीए के मामले में दावों के प्रतिबंध के सदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का विवरण प्रबंधन का दावा है टीपीए के मामले में उत्पादों के प्रदर्शन पर कद्मा	इस फार्म मीजूदा प्रपत्र डी के प्रतिस्थापन के लिए टीपीए के योगदान के बारे में और अधिक विस्तृत स्तर की जानकारी इकड़ा है.	बदले की आवृत्ति और वाषिक रूप में हैं और जब.	फिस्टर और पैरामीटर				•		
2र्जिम्बर्ड	老爷 医 医 医 **	P78C	टीपीए उत्पाद टीपीए वे	इस्स फार टीपीए हे स्तर की	बदले क) २०५५)						

1. सभी उत्पादों जो इस अवधि के दौरान		_			_				_	-	_		_			
	The second second	1100		100			y	-	-							1
अनुमोदित किया गया है इस रूप में शामिल किया जाएगा.	te	+	Ť						4							
2. उत्पाद प्रकार व्यक्ति,या समूह हो सकता	dei E								i de	_			+	2		
3. उत्पाद की वर्तमान स्थिति हो जाएगा - सक्रिय, निष्किय या वापस ले लिया.	सक्रिय,				7				-							*
इन्पुट हेल्य 3		वाजिक	4													
येनलों के मामले में	_															
उत्पाद प्रदर्शन के विवरण	5												11			
(स्वास्थ्य बीमा कारोबार																
होने की बीमा कंपनियों						-										
दवारा प्रस्तुत किया जा)																
उद्देश्य और आवित्त			-	╁	╁	T						L	L		T	
वितरण येनलों के मामले में प्रदर्शन का विवर टेना	स्वा		_	70.										240		
यह फार्म चैनलों एवारा योगदान देने पर डेटा			-		\vdash											
प्रतिस्थापन है	6			121			_									
बदले की आवृद्धि और वाषिक रूप में है और जब	त् अब.			1	7	40.00			3	ý.	The Mary	į		¥	T	
किन्टर और मापदण्ड						les									7 4	
	to		+	+				7								
			+	+	†	+	1	†	1							
	बामाकता के नाम	E _	_	-						sir.						
	_		-	1	1	+	1									
	यकार प्रकार					∯ (€	रेफरल> <को बाहर									
			+	\parallel			\parallel									
*	12°			je		17.00		T							T	
	का नास	संख्या		HEREN E	_	अधिवक्ष्ण की नागत										
				<u> </u>	भुगतान											
	भावना कार	the t	-	=	保	46			П							
	-	1	+	+	\dagger	1	+	1	1							
*	-	-	+	+			+	\dagger	1						\dagger	
	-			H											T	
	+	1	+	+	+											Û
和	+		+	+	+	+		+	1						1	ľ
रफरल के लिए *,शुरुक लागू होता है	H		H	H	H			H							\dagger	

31	30		28										10					16		6	7			3	2			•			ध्वनितनत व्यवसाय के लिए हटा दिया जाना पाहिए, हॉप बनाने के रूप में उपर दिवार					किस्टर और बैस्क्रीटर	बदले की आवस्ति वाचिक है.	यह पाने का एक तथा स्वरूप हैं.	प्रत्येक दीमाकती क विच राज्यानुसा त्या व्यापार और नदीकरण व्यापार गदिविधियों को एकवित करना	477 477	विवरण - राज्यानुसार	नवीकरण ठ्यापार के	नया व्यापार और	इनपट हत्य 4.1
टाटरा एवं नागरा	बड़ीगढ़े	States vo	परिचम बनात	अत्तराखड	DAKIO	त्रभलनाड	Heavy	राजस्थान	周	उड़ासा	नागालंड	Batta	माण्य	स्कृतस्य	अंदर्भ प्रदेश	करत	and a	अस्य और क	हिनाचन प्रदेश	हरियाणा	7372	Decements.	457	असम	अरुपायल प्येश	R25 DAK		g A		1			ACID SE INSCINED		2									
																										1	•	नातवा का सक्त																वा/षक
				+	\downarrow	-	ļ	L	Ц		4	1	1				1	L			\downarrow	1	L			+	+-	1 1	1 H	1		1	1			\downarrow								
				1	\downarrow	-	\downarrow	L	Ц	4	4	4	+	L	\prod	4	1	Ļ		4	1	\downarrow	ļ		4	#	9	34	₩	4		\downarrow	\downarrow			+				\perp			_	L
																										11	•	नासचा पर सम्बद्ध	ग्रा															
													Ī				I				1		Ī				- 92	13 1	4	1					ध्यापार									
																											9	3 1	ш						ट्यांक्त									:
1																										2	4	के संख्या	3												·		11.1	
			Ц					L						L												4	1 2	20 and	यगां मा															
			Ц					L	Ц									L									1	34	7															
																																												-
				1	T	T	T				1	†	T		H	1	T			1	†	T		H	1	1	t			1		1	T	H	†	†		+		\parallel			1	
					T					1						Ī	T				T	T			T	Ī	T	i i	П	T	Ì	T,		П		T	П			\prod		1	7	

Second	सम्पृष्ट भीषण्य क्ष एक में अधिक बीग्नित व्यक्ति के साथ और क्षिती मी मीने सम्पृष्टक
महिल्ला के रहण कर	
महत्त्व क्षेत्रक्ष महत्त्व क्षेत्रक्ष महत्त्व क्षेत्रक्ष महत्त्व क्षेत्रक्ष महत्त्व क्षेत्रक्ष महत्त्व क्षेत्रक महत्त्	1
महन्त की जिल्ला स्थापन स्यापन स्थापन स्यापन स्थापन	
अतिकारण व्यापत भारता कर के स्वया के स्वया तीरत विभिन्न विभिन्न प्रस् जी तिस्स विभिन्न प्रस् जी प्रस्	
मानिक्या कामान्त्र स्या नीमान्य नीमान्य नीमान्य नीमान्य नीमान्य स्था जो मान्य	
जिल्ह्य कारम् कर्म क्रिक्य स्थित हो। जैस्य स्थित स्था स्थित स्था स्था स्था स्था स्था स्था स्था स्था	
E 横	
Pagents account for the state of the state o	

																Ī	Ī										Ī	Ī	Ī	Ī		Ī	Ŧ
		4.								-																							
		r e								i																	Ī	1					
						<u> </u>																											
			4.0					-	,	-										-		-						Č	L				\perp
													L																L				\perp
													L								1						ļ		L				
										ı			L				ļ										ļ		L				1
				C							,			माह	टीवीए नाम					मिटन महीने म	माह का प्रारंभिक शेष होगा												
																	स्रव		म														
			- j.		1							1					1	110-6	le)	साक्ष							†						+
मासिक								-									का दावा है फर्माट		ie-														
	×													T.	बीमाकतो क बाम				कांक्स कोड	महीने की शुरुआत में	75	माह क दौरान प्राप्त	भृगतान अन्तर्ध	इस महीने के दौरान भगतान किये गये देय	महीने के अत में बकाया ट्रेय	महीने के अत में बकाया	० परिस	7-15 दिन	15 - 40 Ber	2 महीने से अधिक	4 महीने से अधिक	6 महीने ते अधिक	
304C Fry 5	टीवीए की	देय का	विवरण	,	उद्देश्य और आवृत्ति	दावे के सदमें में टीपीए शुल्क में प्रभावशानिता को मापने के लिये	देय आनकारी एकत्र करन	का पुनर्निर्मित फॉर्म है	कामे की आवृत्ति मासिक है। देना क्षेत्रा कंपनियो	द्वारा पेश किये जाते हैं	उनके साथ नामॉकित टीपीए के संदर्भ में।		फिल्टर जोर मापदण्ड	Π			*			1		2		e	4	5	12		l		5.v		il.
L	60																																

			T	Ī				Ī	Ī				Ī	au (Ī
							\dashv	+							
			-			-,-	+	+	+			-		•	
			\dashv	\vdash			+	H	+			+			
		_	+				+	H	1.	-	+	+	+		1
: e*	3		-				+	+	+		+	+		4年 左	
			-				\perp		_			_	12		¢ c
			_											दावों के संख्या	B
				-									आधारित	टावां क	्व
¥						,							RIPH	दावौँ की संख्या	-NO-
									माह				11	दावी की सालि	E E
													ग्रातिपूरि		Ħ
					ξi.								T	टावी की राशि	rg (st
													_		ie
		4							वर्ष	नेगकतो के नाम				क्यां	कालम काड
सीधे संचालित किये गए दावों का विवरण - स्वास्थ्य व्यापार	(व्यक्तिगत) भीमा कंपनियों द्वारा	ारुका प्र टेश् र		उद्दश्य और आवृत्ति	ड्स फॉर्म का प्रायोजन स्वास्थ्य व्यवसाय करने वाने बीमाकर्तामी द्वारा व्यक्तिगत व्यवसाय के लिय संवालित किये गये दावो की सूचना एकदित करना है	गह दावा डेटा एकत्रित करने के लेए प्रस्तावित प्रारूप का एक संशोधन है	तमे की आवृत्ति माक्षक है					विवरण दावा		4:	C
											ज्या के जाम	तर्ग स्वास्त्र के नाम		परं	म्प्रेस कार्यों से कार्य से किया किया कार्य कार्यों कार्य कार्य के कार्य कार्य के कार्य कार्य के कार्य कार्य के कार्य क

				٦				Т		Π		_	П	4	0		П		7	T	T		-			Г	٦	т	Т	
**			एजिंग	ः विद्यापः स्टार्वो की	• पहली सूचना की ताराख से निना		ć	6	5		4		ω		2				**		लंबित दावों के एजिंग *		C.		4		w		2	
and the second							लंबित दावे	्र तक से भारीक	1-2 साल के लिए लंबित दावे	लिए लाबत दावा	6-12 महीनों के	लंबित दावे	3-6 महीने के लिए	लिए लंबित दावे	1-3 महीनों क	के लिए लोबत दाव	कॉलम कोड		व्यारे	-			महान के अंत म लंबित दावे	दावे	माह के दारान इंकार किये गये	निप्टाए गए दावे	माह के दौरान	नए पंजाकृत दाव	माह के दौरान	शुरुआत में लंबित दावों
दावा का सख्या	केशनेस																		दावों की संख्या	कैशलैस										
राशि								1	·				_				3	राशि	दावों की) kill h		19						×		
द्वावा का सक्या	प्रातपात																स		दावों की सख्या	प्रतिपृ ति								+		
								1		T							SP.	स		ıL					_					
संद्र्या	शु						_	1		T							4	सख्या	दावों की	लाभ									_	
지 (1) <u>*</u>	आचारत							1								•	एफ	साम	दावों की	ग्राचारत										
संख्या	4						•	1	;							-	ओ	सख्या	दावों की	24										
स्थि	4																एच	राश्च	दावों की	ख										
																				c.	*							76		
			<u> </u>																											
1																													,	10
								1									П													
	राशि दावा का संख्या दावा का संख्या दावा का दावा का दावा का दावा का दावा का दावा का	केशनेस प्रतिपृति नाम आचारत समृण न्यरि दार्थों की सख्या दार्थों की	केशनेस प्रतिपृति लाग आधारत संपूर्ण ज्योरे दार्थों की स्टब्स दार्थों की	कैशनेंस प्रतिपृति नाम आधारत सपूर्ण # क्यीरे दार्वो की सख्या दार्वो की दार्	निदार नर दावों की कैशनैस प्रतिपृति नाम जापारत सपूर्ण कैशनैस दावों की सक्या दावों की संख्या राशि	केशनेस प्रतिपृति लाम आधारत सर्पा दार्वो की सख्या दार्वो की दार्वो की दार्वो की दार्वो की दार्वो की राशि संख्या राशि संख्या राशि संख्या राशि	मे सूर्यना की तारीख से	से सूचना की तरिख से में सूचना की तरिख से केश्वतेस के	6 2वर्ष से आधिक लिबित दावें की सूचना की तारीख से अधिक कि तार्वों की वार्वों की वार्वों की वार्वों की दावों की	ह निवेद दावे के तिर्धिक के लिया दावे के संख्या दावों की	े 1.2 साल के लिए लीबेत दावे 6 2 वर्ष से आधिक लीबेत दावे 77 77 8 स्थिरि दार्थ के सख्या दार्थ के सुनेस स्थिरि दार्थ के सुनेस सुना की तारीख से सुनेस लीबेत दावे के सुनेस सुना की तारीख से सुनेस लाबेत दावें की सुनेस सुनेस सुनेस लीबेत दावें की सुनेस सुनेस लीबेत दावें की सुनेस सुनेस सुनेस लीबेत दावें की दावों की दा	4 हि.12 महोनों के लिए लीबत दावों हैं। रास लीबत दावों हैं। रास ले लिए लीबत दावों हों। रास ले लिए लीबत दावें हों। रास ले लिए लीबत दावें हों। रास ले लाह जामारा स्थाप रास ले लीबत दावें ही। रास ले लाह जामारा स्थाप रास ले लाह जामारा स्थाप रास ले लाह जामारा रास ले लाह लाह ले लाह लाह लाह लाह लाह लाह ले लाह	तिवत दावें िरा सहित दावें िरा सहित दावें िरा सहित दावें िरा सहित दावें रिप सहित दावें र	3 व्हिन्द दावें के लिए विह्न दा	तिश लीवत दावे 3 उ-6 महोन के लिए लीवत दावे 4 6-12 महोन के लिए लीवत दावे 6 12 सहोन के लिए लीवत दावे 6 2 वर्ष से आधीर लीवत दावे 6 2 वर्ष से आधीर लीवत दावे 7 विस्ता को तारीख से 8 व्यो की सहना दावों की सहना दावों की सहना दावों की दावो	2 1.3 महीनों के लिए लोबेत दावे की लिए लोबेत दावे के लिए लीबेत दावे के लीबेत दावे के लीबेत दावे के लीबेत दावे के सब्बा दावों के सुना के लाम आधारित सब्बा दावों की	के लिए लीवत दावे 3 अध्यक्षित दावे विश्व तावे विश्व तावे किए लीवत दावे विश्व तावे किए लीवत दावे 5 (2.2 मोल के लिए विश्व दावे किए लीवत दावे विश्व तावे विश्व तावे विश्वत दावे कि द्रवर्ष से आधार लीवत दावे कि द्रवर्ष से आधार लीवत दावे कि दावों की एजिंग कि तावें की संख्या दावों की दावें की दावों की दावो	श्री करम महीती को ही ही एक जो एव 1.से करम महीती को लिए लीलेल दावे 1.3 महीती को लालेल दावे 1.	कांनिम कोड़ थे की सी ई एफ जी पात सकता पर सकता पात सकता स	श्री स्वा की सक्या दावों की द	क स्थारे दार्व की सरक्या दार्य की सरक्या दार्य की सरक्या दार्य की सरक्या दार्य की सरक्या दार	स्रोतित दारों के प्रतिय :	समित दावों के रावेश : - व्यों से रावों भी सराया सामित साम आपास सम्मान सामित साम आपास साम सामित साम	जिंदित दायों के परिवेश - विदेश में विद्या है से साम सामादा स्पर्ध स्थापित है से साम सामादा स्थाप सामि परिवेश सकता सकता सकता सकता सकता सकता सकता सकता	हाते हैं होता है हैं स्वर्ध के सिर लीका वर्ध के स्वर्ध के सिर लीका वर्ध के सिर लीका व्याध के सिर लीका व्याध के सिर ली	अमह क दरान हिंद किये गये हिंद किये किये किये स्वित दानों के शक्किय के स्वति के स्वति के स्वत्य क्षेत्र के स्वति के स्वत्य क्षेत्र के स्वति क्षेत्र के स्वति के स्	किन्दार गार दारे विकार शिक्ष गार हों हुंबार किरों में देवान हुंबार किरों में देवान हुंबार किरों में दार्थ के संकला हुंबार किरों में स्वास्त के स्वास्त हुंबार किरों सकता हुंबार किरों में स्वास के स्वास हुंबार हुंबार हुंबार के स्वास हुंबार हुंबार हुंबार के स्वास हुंबार हुंबार के स्वास हुंबार हुंबार के स्वास हुंबार हुंबार के स्वास हुंबार हुं	असा के दौरान से प्राप्त के दौरान के स्वाप्त के स्वप्त के	नार अज्ञान वार्त महार के दीन हमार के दीन के दिए नांक वार्त के दिश मंदिर के दिए हमार के	सार के दीरात से स्वीत के से दीरा से से दीरात के दीरात के से दीरात के दीरात के दीरात के से दीरात के दीरात के दीरात के दीरात के से दीरात के दीरा के दीरात के दी दी दी के दी दी के दी की दी दी के दी की दी दी के दी दी के

										73		-	11 17 11				[1 Al
												ä					
				1				-		+							1-
		-	-			<u> </u>		+-		+					-		-
	_	-	-					-		+		_			=		-
					<u> </u>	 			ļ			_					<u> </u>
		-												5			
								सपूर्ण	दावी की राशि	क्रव							
								#	दावो की संख्या	fi					640		
								लाभ आचारत	दावों की सारी	Shi)					1		
					4			E MIN	दावो की संख्या	+10-	1						
									दावों की राशि	#S							
								प्रतिपृति	दावों की संख्या	中							
									दावों की	4							
		<i>J</i> -1						कैशलैस	दावों की सख्या	4							
के लिए लंबित दावे	1-3 महीनों के लिए लंबित टावे	3-6 महीने के लिए लंबित दावे	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों	1-2 साल के लिए लंबित दावे	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे				朝	कांत्रम कडि	1 से कम महीने के लिए लेबित दावे	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे	3-6 महीने के लिए लंबित दावे	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों	1-2 साल के लिए लंबित दावे	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे	
1 10	2	3	φ (ξ)	5	9. 9	•• पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना	इकार किये गये दावों की एजिंग				16	2 1-	<u>af </u>	4 0	5	3ľ. S	*** पिछले आवश्यकता की
F																	

_				=			= -	_									=
			\parallel						-								
1					_						_			H	\dagger		
$\frac{1}{1}$	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-	-							_	+	L		+	\dashv	
\downarrow				4		 .					<u> </u>	<u> </u>			1	_	
1																	
+				1								+			\dagger	+	-
1			+	-								+	H	H	+	\dashv	-
1													_		+	_	\downarrow
															समह	'e	
														माह	व्यातार		
t						-								H.	10		
-			\perp								_				+	\dashv	
								1									
CHAMILA																	
+		 										-	-		-		_
						į								वर्ष	CONTROL	₩ ====	
,	10	E ^A		JF.	म के	वाले बीमाकर्ताओं द्वारा समह ट्यवसाय के लिये	लमे वाले		of 3	helk	मासिक है		405				
0-000	दावों का विवरण - स्वास्थ्य व्यापार (समूह) वाले बीमा	कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किये जाएँगे		उद्देश्य और आवृद्धि	इस फॉर्म का उद्देश्य है स्वास्थ्य व्यवसाय करने	कताओं द स्साय के	प्रयत्स रूप से संभालने वात् टावों की जानकारी एकत्रित		यह दावा आँकड़ों को लेने	म है	फार्म की आवृत्ति मासिक है		फिल्टर और मापदण्ड				
30,30	दावों का विवरण - स्वास्थ्य ट्यापार (र	कंपनियों द्वारा प्रस् किये आर्		उद्देश्य अ	इस फॉर्म स्वास्थ्य य	वाले बीमा समह ट्यट	प्रयत्स रू	करना	यह दावा	क लिय ५ का संशोध	कार्म की		Week 3				
1				П								T		П	T		

GCn GT/12-12

दावा गातावाच विवरण		# :		1	2	m	प	vî	लबित दावों के एजिंग		
		ŧ	कॉलम कडि	इस महीन की शुरुआत में लंबित दावों	नई माह के दौरान पंजीकृत दावों	माह के दौरान निपटाए	माह के दौरान इकार किये गए	महीने के अंत में लंबित दावों			Ť
भाग इम्पुट हत्य_5ा।। सम्बद्धार हत्य_6.1 ट्यामा के लिए नीचे ड्रॉप देकर विलय कर दिया जाना याहिए	कैशनेस	दावों की सख्या	Þ								दावों की सख्या
		दावों की साबि	100								दावो की साथि
	प्रतिपद्धि	दावों की सख्या	井							45	दावों की संक्षया
		दावों की साथि	В								दावी की
	लाभ अ	दावों की संख्या	*							# KIE	दावों की संख्या
	साभ आचारित	दावी की साथि	ם							manife.	वों की दावों की संख्या राशि
	fi;	दावों की संख्या	B							É	दावों की संख्या
	神神	टावें की	हा								की दावों की स्या साथि
										 	

_		T	T	7	 				_	7	Ť	
									\dagger			
		_	1				╁		+		╀	
							+		╁	 	+	
									_ _		L	
									_	दावी की राशि	व	
									HILD	दावी की संख्या	10	
									+			
									marifica	वीव	더	
,									HIP	दावों की दावों की संख्या राशि	+10-	
										दावी की	п	
1									STATIS			
,									Ь	दावों की संख्या	ቱ	
	-		ļ					-	1		L	
,										दावी की सावि	Ø	
1									केशलेस			
									16	दावों की संख्या	16	
	-									दावो		
City to the	1 से कम महीने क लिए लंबित दावे	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे	3-6 महीने के लिए लंबित दावे	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों	माल नेर त दावे	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे				曹	म कोड	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे
2000	म कि हिं	113	31.57	1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	3.1-2	2 वर्ष अधि			-	10	कांत	中華是是
							* पहली सूचना की तारीख से गिना	दावा				
	1	7	m	4	N.	9	स्वना क	** निष्टाए गये दावी के एजिंग		=		н
							पहली	1. 1				

				-						
							सर्पर्	ताब क	ह	
								ावों की दावों की सांक्षे	च छ	
								दावों की दावों की संख्या राशि	-ko-	
	=							दावो की	п	
							प्रातिपृति	दावों की संख्या	年	
								टावी की	[S	
							केशलेस	दावों की संख्या	le	
महीनों के लिए लंबित दावे	3-6 महीने के लिए लंबित दावे	6-12 महीमों के लिए लंबित दावों	1-2 साल के लिए लंबित दावे	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे				₩ E	कालम कोड	दावा कम से कम 1 महीने के भीतर पाटा
7	im	4	s	9	** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना	इकार किये गये दावी की एजिंग				1

a				
	; .			
				1
		<u> </u>		_
,				
				-
,				
	7			
霍长度	विषे भ	1-2 4rect	म । उ	-
1.3 महीने क श्रीतर पाटा का दावा है दावा 3-6 महीने क	आतर पाटा 6-12 महीने के आतर पाटा दावों	दावा 1-2 साल के भीतर पाटा	दावा है कि अधिक से अधिक 2 साल के भीतर पाटा	
7 8	4	'n	υ	*** पिछने आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना
	Y _		2	

		-										
										7		
						1						1
											/	- -
								माह	टीपीए अज			
		-		ч								
	4			×					×			-
O Individual (a) Group								जब	नामकर्ता के नाम		विमाजन	
		टीपेए के माध्यम से नियंत्रित किये नये दावों का विवरण - स्वास्थ्य कारोबार करने वाली बीमा कंपनियाँ	उद्देश्य और आवित	फाम का उद्देश्य टीपीए के माध्यम से नियंत्रित किया दावों की जानकारी इकड़ा करने के लिए हैं.	यह दावा ऑकडो को लेन के लिये प्रस्तावित प्रारूप का संशोधन है	कामे की आवृत्ति मासिक है.	फिल्टर और नानदण्ड				G≃	

	-				7							T	7 -	-	T	Ŧ	r	F
											-							
																\dagger		
,			+		1	-								+		+		
-	Ja		\parallel		\perp				_			4	-	+		-		
					7									_				
			ь	दावों की राशि	टा									5	दावों की राशि	टा		
			HILD	दावों की संख्या	10									76	दावों की संख्या	HS		
			Ka		च		ā.								4E _	덕		
				दावों की दावों की संख्या सांक	ş									लाम आधारित	दावों की संख्या	-300		
			"									-		16	7 E			
				टावी की	ঘ							ļ			दावी की	F		
	,	4	भतिपति	दावों की सख्या	年									Sind A	दावो की सख्या	布		
).			दावों क	-										दावो क			
				대 대학 화	B										리 라 대학	[S]		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			के सहित्य के सहित्य	संख्या			-					 		केश <i>वे</i> स	सस्या	\dagger		
				दावों की सख्या दावों की राशि	l c										दावों की सख्या दावों की राशि	l e		
मधिक 1					कालम कोड	महीन वित	दावे	क न दावे	में के त दावों	म जिर्	आधिक 1				जीं.	कालम कोड	महीने नित	न स्वे
2 वर्ष से अधिक लंबित दावे				É	#	1से कम महीने के लिए लंबित दावे	1-3 महीनो लिए लीब	3-6 महीने लिए लंबि	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों	1-2 साल के लिए लंबित दावे	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे				য়	E	1से कम महीने के लिए लंकित दावे	1-3 महीनों के लिए लोबेत दावे
	गरीख	मुख्य										न क	दावो					
9	यना की	# 101		*		1	2	m	4	S	9	आवश्यकत्ता तारीख से	इसे गये ग		*		1	7
	* पहली सूचना की तारीख से गिना	** बसे दावों के एजिंग										** पिछते आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना	इकार किये गये दावी की एजिंग					
,	1				T							- 5						
	Щ.		Щ		\perp	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	13_	<u> </u>				.l	L	<u> </u>	<u></u>

=		7			,		=		=			===			_	_	-	_	-	=		_			=	=
*					1							7,							١		,					
		_		 -	-		-		-	<u> </u>			H	Н	4	4	+	Н	4	_	Ŷ.	. *		Н	\dashv	4
																1					•					4
		-			╢╌								H	Н	\dashv	+	╁	Н	+	\dashv		+-	H	Н	\dashv	+
															ľ		-									1
				<u> </u>	卝								Н	H	\forall	+	+	H	+	1			H	Н	+	\dagger
															٠,								2			1
					╫								П	Ħ		+		П	7	1		1	2	П	1	†
		-																								
•																T	T	П	T	Ī			Г			T
									L				Ц		┙			Ц	╛			\perp		Ц	\perp	\perp
																			١	١						
					\Vdash			_	H			_	Н		4	4		Н	4	4		-	Ц	i	4	4
																				Ka	टावी की	8				1
					╟				Н			i	Н	\dashv	\dashv	+	+	Н		75 I		╁	Н		+	+
															١					100	दावो की संख्या	40				
		-			#								Н	\dashv	\dashv	+	╁	Н	+	╗		Н		H	+	+
															1						दावों की सक्ता दावों की सारि	葡				
					卝								П		7	十	†	Н	0	11.0	3	H			+	1
					-										1	-		Н	ľ	-	æ Te	ŧ				
														_	4	1	_	Ц		_	दाव	Ц			\perp	4
															1	ı		П		4	टावों के जिल्ल	₩.				1
						_			Н				*	_	4	4	\bot	Н	4	# 10	<u> </u>				4	\downarrow
		<u> </u>			वाषिक										ł	-				₽.	मु क	4			ı	١
					<u>al</u>										1				सातपात	ľ	दावी की संख्या				1	Ì
													П					П	T	1		काड			T	T
		 		-	\parallel									1			HIE		١	١	kr	कॉनम कोड				
न दावे	दावी	म जि	निधिक _														#			1	राज्य					
नहान	6-12 महीनो क तिए लंबित दावों	साल व	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													6	होमाकतो के नाम		١	١					1	
F & E	14 PE	1.2	2 di			10		2			nhic Ev		П	1	T		10	H	7	1		1	Н		\dagger	\dagger
				जेन क		4	~	P		म् म	्र इ	1年 40	#E		4	1			1						1	
				स्यक्त	6.3	<u>न</u>	त्वव	9	E C	एक ह दावों व	करन	डेटा है स्वरूप	all E		1480	1		1	١	1	*				١	١
m	4	5	φ.	THE TE	Sep.	.10	15	8	표	उद्देश्य निए	ईकह	जुसार	Signer.	,	11											
				••• पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना	745	बीमा कपनी	लिए राज्यवार	包	श्य अ	फामे का उद्देश्य एक बीमा कंपनी के लिए दावों की	नकारी	यह राज्यानुसार डेटा तेने के तिए एक नशा स्वरूप है	फ़ामें की आवृत्ति वाषिक है		फिल्टर आर मापहण्ड											
		-		: E	1/2		Œ.	U	36	황	ট	計匠		C	5	+	+	H	4	4		H	Ц	Ц	\dashv	4
	L		<u> </u>		┚┖	<u> </u>				<u></u>		1	ı I			- 1		11	- [- 1				ı		

इनपुट हल्या 6.4 मास	सरकार द्वारा प्रायोजित	स्वास्थ्य बीमा	योजना का	प्रदर्शन		उद्देश्य और आवृत्ति	इस प्रपत्र सरकार द्वारा	भगागत स्वास्थ्य बामा	आनकारी लेने के लिए प्रयोग	म स्वस्त क्ष	फार्स की आवृत्ति तिमाही है		मिल्टर और नामवण्ड	वर्ष	4	क नाम		# उत्पाद / जारी की योजना गई	मानास्यां की संख्या		कालम कांड
											3.							कदर की अन्यों की गई संख्या	बीपीएल परिवारों	की संख्या	45
														तिमाही				कवर लाआयियों की कुल संख्या			年
					ļ. 						i :							सकल स्पित प्रीमियम किये गये	(000s मे) दावों की संख्या		4
																		दावी की साशि की			10
					+				_									दावा राशि बसे	<u>स्</u> रम		E
,					<u> </u> -					-		-						लीबत /हदावों दावों की की राक्षि	संख्या	<u></u> .	1 1 1 1 1 1
					-						1						$\frac{1}{1}$	वों खर्च हो.	दावा	अनुपात (%)	*

												7	नुसार	le.	4	100	तिसयों की बीमा राशि	नुसार घरना	नः इजीनियर है। सकल	42.2	मृत्य ।	subhit 2	वर्	
	2	3	4	5	9	7	8	6	10	11	12													
												Olve											तिमाही	
												Olindividual (Scroup				-						-		
						100				1														-
						and the contract of the										A								
																				-				-
										The state of														-
		3								10,0												I		
						200			-	+														
								F		-														
कंपनी दावा अनुपात इनपुट होगा		1 2 3														-								
												-				-					Н	+	\parallel	

	बीमा कंपनी के नाम					विभाजन																			
												वैको													
	राज्य	पत्यश गामासमा की	व्यापार (इ प्राप्नेयम राशि	हरनट) कृत गैमित	प्रत्यक्ष व्यापार (इट पॉनिसयों की संख्या	रनद के अर प्राप्तयम राशि	सावा) कुल बीमित	नातालया की	बेतगत एः प्रीमियम राशि	कुत बीमित	नातकना नी		कुल बीमित	पालास या की	र कानास्ट स जानपन राशि	कुल बीमित	नातातचा की	दुसास ब्राम्ब्यम राशि	कुल बीमित	पातातपा की	रेफ़रस प्राप्नयभ राशि	कुल बीमत	Microins चालाख्या की	urance एउँ प्राज्यम राश्वि	कृत बीम
		संख्या	(राशि	200		राशि	संख्या		राशि	संख्या		राशि	संख्या		राशि	संख्या		राशि	संख्या		राष्टि	संख्या		रार्गि
	कॉलम कोड	ŧ	वी	सी	डी	\$	एफ	जी	एच	आइ	3	क	एस	एम	एस	311	पी	er	आर	एस	ती	ৰ	व्ही	डब्स्	एक
	आध्र प्रदेश										1														<u> </u>
	अरुणाचल प्रदेश							L		Ь						<u> </u>									ــــــ
	असम									└				L		L					L				
	बिहार							1		<u> </u>	ļ														<u> </u>
	उत्तासगढ़					L		<u> </u>								ļ	ļ			L	<u> </u>				!
	मोआ									L	ļ		<u> </u>	<u> </u>		ļ					L		L		
	गजरात					L		ļ		1	<u> </u>				L		ļ					L			_
	हरियाणा													L		ļ	L			L	L			L	_
	हिमाचल प्रदेश															L									1
	जम्म और क				T	L		<u> </u>								<u> </u>									L
1.0	झारखंड						L																L		L
	कलीटक						L																		
	करल						I																		Ц
	मध्य प्रदेश							T																	1
	अहाराष्ट्र			1																					Γ_{-}
_	अणिपर							Ţ																	L.,
	मेघालय			1		I																			
	मिज़ोरम										i						Ì								
	नागालंड																								\Box
	उड़ीसा					T																			П
	पजाब																								
	राजस्थान		·			1		1																	Т
	सिकिकम			1	1			1																	1
	तमिलनाडु					1	Ì	l																	1
	त्रिपुरा	1				1	Î .																		П
	उत्तर प्रदेश			1					T															_	Т
_	36611493	t						1																	1
	परिचम बंगाल								T													_			1
	अडमान एव					i			T			_												_	Т
	निकोबार.	l .	1				l	1																	1
	चडीगढ			1																					1
	दादरा एवं नागरा इवेली	1							,																
	दमन और दीव		 	 	 			 		\vdash						<u> </u>	-								t
	दिल्ली	 		 		 	 	+	i 	 	 														┪
-	लक्षदवीप		 	+	 		 	┼──	 		 					 	- 4								⊢
	पहरोति			† 	 	 	 	 			 			l		 									┼-
	सपूर्ण			+	 			+	 	 	 		-	-											

Γ						T	П	TT	क्	E Œ	Į,		T	T	П	T	T	T	$\overline{\bigcap}$	
		\coprod							मिर एसएम्ड	4	=	Ц			\coprod	\downarrow	\downarrow		Ц	
									माहको है।	पालिसिया प्रीमियम की की राशि संख्या	焦									
										दावों की	त्व					T	T			_
						1			स्करब	संख्या	THA.		\dagger			\dagger	\dagger	H		
L		$\dagger \dagger$					\dagger				एल	\vdash	+	H		+	+	Н	H	
┞		+				+	+		H _E	lo .		H	+	H	\dashv	+	╀	H	Н	
									देशाल	दावों की सख्या	16									
									2(%)	दावों क	15					1				
									कॉपीरेट एअंट	दावों की संख्या	आई									
									ite.	दावी की राशि	एच									
										दावों की संख्या	हि		T							
@ Group									dt.	दावों की साक्ष	W.		T			1				
O Individual							तिमाही	विभाजन	व्यक्तिगत एजेटी	दावों की सख्या	40-									
0					19.1		华	極	अलावा)				\dagger	-	\dagger	\dagger	\vdash	H	H	_
									प्रत्यक्ष व्यापार (इंटरनेट के अलावा)		46									
									त्यक्ष व्यापार	दावों की संख्या	年		+			+		H		
											45	П	T			\dagger		П		
-		$\dagger \dagger$					1		प्रत्यक्ष स्थापार (डटरलेट)	दावों की दावों की संख्या राशि	Ь		+		H	†	t	H		
-		++				+	H	++		# U		H	+	H	H	+	+	H	H	
							ŧ	बीमा कपनी के नाम		शञ्च	कालम कांड	आध्य प्र	2 मसम	बिहार	5 छत्त्तीसगढ	6 गाआ	हरियाणा	9 हिमाचल प्रदेश	जम्म् और के	झारखड
	区	15	य में तिये के	ɔૠ 턴 라	Ac							1	7	4	S	9 1	80	6	10	11
अपट हेल्य 8	राज्यानुसार और चैनल अनुसार सूचित दावों	र्गेर आव	ह फॉर्म तिमाही के रिज प्रत्येक राज्य में चित किये गये दावों की चुना एकत्रित करता है।	ह फामे फामे १४के गधार पर फिर से जीनियर किया गया	स फॉर्म की ग्रित्ति त्रिमासिक है	करा और नेरामोहर				*										
24.40	原共 原金	242	ह फॉर्म राज भू वित हि	ह फामे गधार प जीनियर	म्या	17.04														

19 19 19 19 19 19 19 19	13 केरल 14 मध्य प्रदेश												
म्बर्ग मिलायो के सम	14 मध्य प्रदेश	<u> </u>			ŀ	}	-						
वर्ष						\dashv	ı						
हर्ग विमानका के जाम	15 महाराष्ट्र					-	+						
वर्ष	16 मणिप्र										100		
उप	17 मेघालय												
अर्थ	18 मिज़रम			4		_							
वर्ष	19 नागालैंड					H							
वर्ष	20 उड़ीसा												
वर्ष	21 पजाब						H						
वर्ष	22 राजस्थान						\vdash						
वर्ष	23 सिकिम					-	-					T	
वर्ष	24तमिलनाड्					-	-						
वर्ष	25 त्रिपुरा					-							ţ
वर्ष	26 उत्तर प्रदेश						-			*	,		
वर्ष	27 उत्तराखड							*-					
वर्ष	28 पश्चिम बगाल												
वर्ष के नाम	29 अडमान एव					×							
वर्ष	जिकोबार.	_											
वर्ष	30 चडीगढ												
वर्ष	31 दादरा एवं नागरा	-	 										
वर्ष	हिवला			1		+	\dagger				1	1	
वर्ष	32 दमन आर दाव				1	\dagger	+				1	1	
वर्ष	33/IGedI				1	+	+				1	1	
अर्थ	३४ लक्षद्वाप					+	+					1	
वर्ष	35 प्रचरी				1	+	\dagger				1		
वर्ष	सर्ववा					1	\parallel						
वर्ष	इनमृद हेल्य 9												
वर्ष तिमाही	विवरण												
वर्ष	A June		 1=										
वर्ष तिमाही	the Indiana			_									
वर्ष	अन्सार							×					
वर्ष	4 - 4								1	+	+		
वर्ष	उद्देश्य आर आवृत्ति									1			
वर्ष बीमाकतो के नाम	यह फार्म सभी बीमा कपानया क लड़ये बड़े दावों के विवरण प्राप्त कटना है		 				<u> </u>					<u>.</u>	
वर्ष बीमाकतो के नाम	यह एक नया फॉर्म है			-					\dagger		\dagger	T	
वर्ष बीमाकतो के नाम	इस प्रपत्र की आवृत्ति वाषिक और जब कभी है								W.	14			
वर्ष बीमाकतो के नाम									H	Υ.			
कियों के नाम	फिल्टर और मापदण्ड												
वीमाकतो के नाम		वर्ष	तिमाही										
बीमाकता के नाम													
		बामाकता के नाम						1	1		1		

60 61/13-16

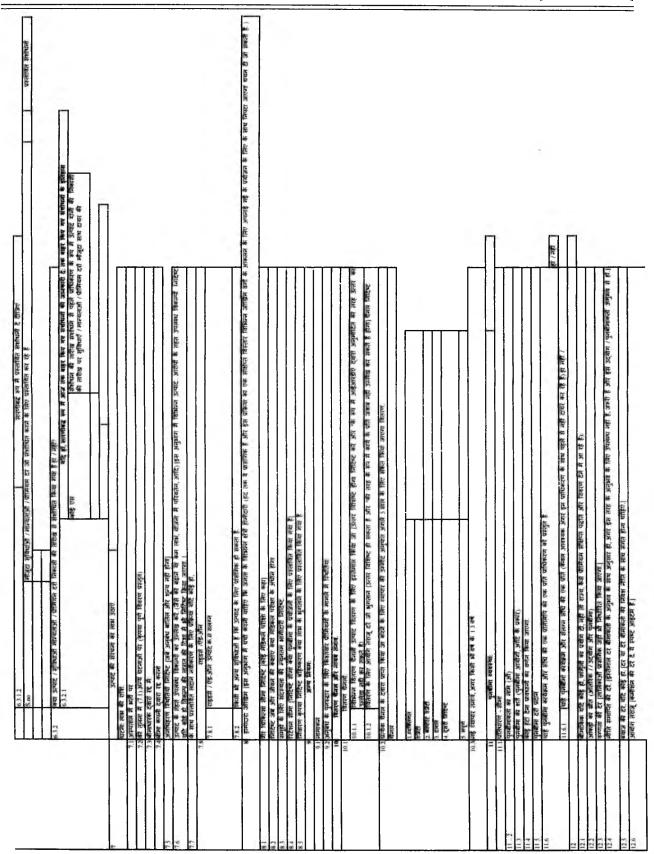
	a																																					*
	राज्य		1 आध्र प्रदेश	2 अरुणाचल प्रदेश	3 असम	4 विहार	5 छत्तीसगढ़	ह गाउँ	7 गजरात	8 हरियाणा	9 हिमाचल प्रदेश	10 जम्मू और के	11 झारखंड	12 कनोटक	13 केरल	14 मध्य प्रदेश	15 महाराष्ट्र	16मणिप्र	17 मेघालय	18 जिलाइस	19 नागालेड	20 उड़ीसा	21 पजाब	22 राजस्थान	23 सिक्कम	24 तमिलनाइ	25 त्रिपुरा	26 उत्तर प्रदेश	27 उत्तराखड	28 पश्चिम बगाल	29 अडमान एवं निकांबार.	30 चडीगढ़	31 दादरा एव नागरा हवेली	32 दमन और दीव	33 दिल्ली	34 लक्षद्वीप	३५ पड़चेरी	armit
	d	कालक कड़ि																															折					
ारपाट	दावों की संख्या	מ					;																															
ारपाटड दावा	दावों की राशि	46																								,												
पूरा तरह स जिपटाए गय दाव	दावों की संख्या	甲								Y		1													6													
गय दाव	दावों की राशि	45	- 1																																			 -
आशक निष्टाए	दावों की दावों की संख्या राशि	463-																																			٠	
नार दावे	दावों की सारी	त्रक																													F							
4414	दावों की संख्या	信																													0							
बकाया दावा	दावां की साक्ष	त्व		*																							*	3										
		-																											_		-	_		2	_	_		 -
_	1			L																																		
			L	L	L		L																	W.								L	- 1					

इनपुट हेल्थ_10		त्रैमासिक						
<i>इनपुट हेल्थ</i> _10 शिकायत गतिविधि						x		
	यह फार्म बीमाकर्ता द्वारा भरा है						i	·
प्रयोजन और उद्देश्य								
यह फार्म पूरी अविधि के दौरान प्रत्येक बीमाकर्ता के लिये विभिन्न प्रकार की शिकायतों के विरुद्ध शिकायत							v	
गतिविधि प्रस्तुत करता है					1			
इस प्रपत्र की आवृत्ति तिमाही है		1						
फिल्टर और मापदण्ड								
	वर्ष			तिमाही				शिकायत के प्रकार
							ß	भुगेतान में देरी
	शिकायत के प्रकार		.					दावे का इनकार
1								कटौती प्राप्त नहीं हुई पॉलिसी
								अन्य कोई



#	बीमा कंपनी के नाम	लंबित शिकायतों की शुरुआत में संख्या	नई शिकायतीं की संख्या	हल शिकायताँ की संख्या	अस्वीकार की गई शिकायतों की संख्या	अंत में लंबित शिकायतों की संख्या	,	°
	कॉलम कोड	Ų	बी	सी	डी	\$		
		शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	a t	
1								
2								
3								<u> </u>
4			<u> </u>					
5								
6	100							
								
					ļ			
					 			
								
						- 10		ļ
#	नाम	1 महीने से कम लंबित शिकायतों की संख्या	की संख्या 1- 3 महीजों के लिए लंबित	शिकायती की संख्या 3- 6 महीने के लिए लंबित	शिकायतों के 6-12 महीने के लिए नहीं लंबित	1 वर्ष से अधिक लंबित शिकायतों की संख्या		
100	कालम कोड		बी	सा	割	\$		
	स्रोत / गणना							
				1				
								<u> </u>
				ļ				
					<u> </u>			
								
								-
						Ļ		-
			1	<u></u>	1.	<u> </u>		

फार्म: आईआरडीए स्वास्थ्य उत्पादों												
	1			1		1	1	1	1	1		
शहर और उपयोग-स्वास्थ्यं उत्पादी के सावेदन प्रपत्र :												
v. a	आइटम व	व्यदि (में बीमां अपनी देवारा भरा जाएगी)					ь	٠	ь		l	$\overline{}$
1		इन बीम। कंपनी के नाम										
1.1		आईआरडीए द्वारा स. आवटित										
2	क्पया ध्य	पान दें कि उनकी नियुक्ति बत में इस आवेदन	की तारीख के आ	धार पर होन।	थाहिए नियु	क्त मुंशी क	नाम				100	
3	बांड नाम	(उत्पाद है जो बिक्री साहित्य में मुद्दित किया	जाएगा और बाजा	र मै जाना ज	ताहै का ब	म दे. यह ।	ताम / परिवर्ग	तैत नहीं कि	या जा बाजा	र में शुरू करन	के बाद कि	सी भी रूप
3.1	स बटला सटवितीर	जाना चाहिए यह नाम सभी पिटने भाटि जो है आईडी नहीं (आईआरडीए दवारा आवंदित है,	वटा का प्रस्तत । भंगर हम आवेदल	क मौज्या व	न्याद के संश	धन के लि	o Bo					-
1	उत्पाद के मामल मै	भ शुरुआत के तारीख (नए उत्पाद) के मामल ; प्रस्तावित तारीख दें (हालांकि तारीख के भीत में वास्तविक तिथि से उत्पाद स्टबार में बद । / संशोधन वापसी (मीजूदा उत्पाद) के मामले	में प्रस्तावित है, मी र नहीं किया जा र	जुदा उत्पादी । सकता है इस	मामले में आवेदन की	वास्तविक त तारीख) से 3	तारीख): नया 10 दिली से उ	श्रो बीमाकर्ता	के बाजार वे	तिए करना	धाहला है मी	अदा अस्पाद
	थाहिए (र	ब) उत्पाद है, जहां इस तरह के उत्पाद बाजार 🗗	उपयोग में ५६ले	से ही हैं की	सुविधाओं के	संशोधन क	प्रस्तावित	तारीखा (ग) व	६ मामले में	बीमा कपनी ।	ने बाजार से	मौजुदा
	यत्पात क	त्रे <u>नापम लेने की इच्छा है तो नापमी की तारीक</u> सामान्य निवम और शर्त	प्रमाण के अल	गत प्रस्तत वि	या जाना धा	NIZ T	क्रोड़े आजन	Bac at	Dan same	शाहिए ।		1.5
6.1		सामान्य ।मयम और रात	क्या स्वास्थ्य अ						ादया जाना	uniec.		
	6.1.1	दयक्तियां हाँ नहीं / कामला फ्लोटर हां / नहीं										
	6 1.3	ही नहीं / समृह										
	6.1.4	आरत में आंगोलिक स्थानी निदिष्ट यदि ह	.स्थानी निदेष्ट	करें। हो नहीं			-					
	6.1.5	भारत हो / नहीं में सभी भौगोलिक स्थानी										
	6.1.6	ग्रामीण आबादी हाँ / नहीं										
	6.1.7	माइक्रो बीमा हो / नहीं										
	6.1.8	सरकार योजनाएँ हा / नहा										
	6.1.9	क्षातपात आधार हाँ / नहीं										
	6.1.10	आधार लाभ उठाए हा नहीं /										
6.2					गखत ।नादः					10.0		
	6.2.1	लक्ष्य आबादी (इस अनुभाग में	लक्ष्य बाजार के र	लेए उत्पाद डि	जाइन पर ध	थो करना ।	गहिए. इसक	अलावा अल	ग से किसा	भी बाजार म	इस उद्देश्य ब	र लिए
	6.2.2	किए गए शोध क विवरण सल ग्रेस अवधि के लिए अनुबंध के	नवीकरण के लिए	अनमति दिव	की संख्या	नवीकरण	नाटच्ट की	अनमात.				
	6.2.3	येस अवधि में प्रीमियम के भग							अनुमति दी	गड़े हैं, जब पी	मयम नहीं	tiuplated
		तिथियो पर भगतान कर रहे हैं	दिनों की महरा						-			
	6.2.4	न्युनतम समुद्र आकार (राज्य समृद्र की न्य		1 2 2				-	T			
	6.2.5		मृतं बीआ राशि (मम्हा क ति		य विवरण ५	स्तुत किया	जा करन क	(अल			
		6.2.5.1		न्यनतम् का अधिकतम् व								
		6.2.5.3					P war 1	W 17 (m)	या बद्धानिक	ड और पास्टर	Dille us	TH 377
		6.2.5.3		के लिए छट	और विस्तीर	भौचित्य	नि पेशकशा	inem an (And	a arguin	o sat atten	il silaido ad	in differ
	6.2.6				पालसी ब	में अवचि						
	i	6.2.6.1		न्युनतम अर								
		6.2 6.2		आधेकतम ३								
		6.2.6.3		प्राणिकतः अस				∓ अलग				
	6.2.7				भूगतान के							
	l	6.2.7 1								F / halfy वाषि	क, आदि)	
		6.2.7.2						ह लिए शुल्ब				
	6 2.8		वार्षक	वीमियम (स	हिकासएं	भात सदस्य	।ववरण दन	क (लए)				
		6.2 8 1		स्यूनतमः आधेकतमः								
	430	6.2.8.2			/ कुट की व विकास	गैचित्य की	है, अगर किर वेशकशाः	भी (कृपय	वस्तुनिष्ठ	और पारदशी	मानदड प्रदार	कंत्र के
	6.2.9	4201		न्युनतमः	(5)	યુ						
		6.2.9.1		अधिकतम				-				-
	6.2.10	0.2.9.2 आधेकतम नवीकरण आयु		Part - salies			-	_				i
	6.2.11	भारतं के बाहर यात्रा पर प्रतिक्य (यदि हा	nती निदिष्टा हा न	ET /								
	6.2.12	किसी भी अन्य प्रतिबंध अगर वहाँ प्रस्तावि			जित किया	जाना चाहिए	. जैसे आवष	य करजे। हा	नहीं /			-
	6.2.13	कटाता योग्य का अनुमति दी		37	1			-15				
	6.2.14	सह - भगतान का अनुमति दी										
	6.2.15	कर्मचारी छूट या किसी अन्य (कृपया वस्तु	नेष्ठ और पारदशी	मानदंड प्रदान	करने के दि	ए एट औ	वित्तीय अ	वित्य की प	शकश) की प	शकश की छुट		
	6.2.16	विकसी भी अन्य छट की पेशकश (वस्तानष्ठ	और पारदशी मार	नदंड प्रदान क	ने कालए	कुट आर वि	त्ताय आधि	य की पशक	er)	-		
	6.2.17	किसी भी लदान - प्रस्तावित (loadings और	वित्तीय आवित्य	के लिए वस्ती	नेष्ठ और पा	रदशी मानद	ड प्रदान क	()				
	6.2.18	प्रस्थापन		_								
6.3		उत्पाद विवरणः										
	6.3.1	उत्पाद पहली बार के लिए दायर का हा / नी	H?									
	6.3 2	6.3 1.1				यदि नही	अस्पाद के	पहले दाखिल	करने की ह	ारीख प्रस्तुतः	यदि हों. तो 🏺	भया अङ्ग्य
										धे ७ जानां.		



				i
	12.7.1 प्रथम वर्ष क्रयं, संबोधीत सीशे का आह्व	व्ययम वर्ष क्रेये, संबोधन शोक्षे का अप्रवासन दिया, ब्रोमियन स संबोधन है, यन नीज स संबोधन		
	12.7.2 देवारा नवीनीकरण ह्यय (उपरि ह्यंय स्	तहिता सोने से संबोधत है, प्रामियम स संबोधत है, प्रति मीति का आक्षासन दिया		
	12.7.3 दावा खर 12.7.4 झविष्य महास्थाति बढ जाती है यदि ब			
12.8	शबरधारक ६ स्थानान्तरण के लिए भत्ता, यदि कोई हैं: बिमा आधीनयम, 1938 के 49 अनुभाग देखें।	इ. हो: बीमा आधीनयम, 1938 के 49 अनुभाग देखें		
12.9	करापन आयक्तर अधिनियम, १९६१ के पासनिक अन्	स्थाने देखें।		
12.1	मित्री में भर्य से मृत्य निवारण के लिए प्रास्त्रीक	त प्रामादा मित्र प्रमाद		
11.11	THE REAL PROPERTY OF THE PARTY			
12 13	मक्ष्य है जायक प्राप्तियम प्रस्ता यहि कोई है	2 2 2 2 2		
12.14	सम्बद्धि होने अनुसार (अन्याद) में जिल प्रतिक मान	Children to the party of the pa		
12.15	उस के जिसज से हानि अनुपात के लिए एक अतम योजना SNo के लिए सुस्रिज्जत किया जा	न मोजना S.No में जिए मुस्रोज्यत किया जा		
12.16	मानेत साथ ने जिस्से से नुकसान प्रत्येक योजना अत्याध No के जिए युक्सिप्यत किया जा अनुपात	अतमा S.No के जिए सुस्राज्यत किया जा अनुपात		
12.19	आयु और बीमा राशि वार हानि अनुपात प्रत्येक व	आयु और बीमा वामि बार हानि अनुपात प्रत्येक को अंतम से बोडाना नीये ही गई सारणी के लिए सुनीडियत किया (एसआई बैंड और उम्र बैंड न्यूनरीम और अधिकंतम एसआई	और अधिकतम एसआई का	
	देशकर के अपार पर वृद्धि संजी	Annual Annual Park	COLORS OF THE PERSON OF THE PE	
		Action National	SHARK	
		0=10=15	T	
		50 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 0	T	
		256.0010	Τ	
		31443	I	
		2 C C C C C C C C C C C C C C C C C C C	Т	
			T	
	80	05=>91=<	T	Ī
	6	5 \$1 = <= 55	T	
	01	09⇒95=∈	1	
	-	\$9 ab = 19 c		
	12	99 = <	Γ	
12.18	उम्मीद संयुक्त अनुपात (उत्पाद) के लिए प्रत्येक यो	जिला के लिए अलग से मुसाउँजैते		
12.19	उस के लिहाज से सम्बंत अन्यात प्रत्येक योजना व	के लिए असम से सुकाउँगत		
12.2	बीमित राशि के लिहाज से संयुक्त अनुपात प्रत्येक	नीमित सीक्षे के सिक्त से सेन्यत प्रदेश में बात के लिए मुसज्जित किया अलग		
1231	आयु और बीमा शांधी बुदिमान समुक्त अनुपात एव	क अलग योजना के लिए नीये दी गई सारणी प्रस्तुत की (एसआई बेंड और उस बेंड न्यूनेतम और आधिकत	फतम एसआई की पेशकश क	
	S NO	प्रमुख उम् / वेड	00005	
		>=0cc2		
	2	5 a 3 co 15	Γ	
	6	> 16 m cm 25		
	-	> 26 = <= 30	Γ	
	9	> 31 = <= 35		
	9	0h ⇔ ≈ 9K <		
	4	\$1 = co 1}	Γ	
	6	>= 16 <= 50		
	6	2 {} = c= {}		
	10	>= 36 <= 60		_
		> 61 = c= 63	1	
***	Class to the date of court of the testing in	State of the state		
12.21	THE AND IN COUNTY IN MANUAL THE SALE IN			
-	S.No	क्षानियम् ह	12.18.1K 16.12	
	2007-08			
	2006-07			
	2005-06			
	2004-05	一年 一年 日本 一年 日本 一年 日本		_
	5) USIN PU EDIS	A STATE OF THE PROPERTY OF THE COLOR OF THE		
	TOTAL PROPERTY OF THE PARTY OF	जिल्लीय वर्ष के दोरान आजत. संख्याय वर्ष के दोरान हरू		_
	HE BIR DEL H TELEVISION N. H. P.	र क्य में खंद गोर्श खंद का टावा है		
	5. दावा आवृत्ति. दाव / ए	एकसपीजर की सहया;		_
	6. दावे प्रति असित लागत स्वयं दार	वै / दावी की सक्रया,		
	7. लागत जलन का दावा है आवृ	हित ग्दाब पात औसत लगतः		
	8 होने अनुपात खेष का दावा है पानवस /.	ין אמארא איניאר אוניאר אוניאר איניאר איניאר פיניאר פיניאר איניאראי		
13		मीजदा उत्पादी के लिए मृत्य निधीरण में संशोधन		
13.1	परिवर्तन / प्रीमधम में संभीपन के लिए आधित्य			_
13.2	अन्याद / 12 14 आइटम टी 012 23 में इसी तरह के	उत्तर राजिन आहम है। होते तर के इचार्य के अनुस्य के अलग्धा बातित उस रेडिंगों की याजना का अनुभव इन तालिकाओं उत्तर सूक्य निर्माण में संबोधित के लिए अन्यत्व किस के किस नाम स्थाप	नेपारण में संशोधन के लिए	=
	משתות וביו כי ווני אינוע אינוע			

1 Special and the control with the control of t		नोस्ता परिणम
14.1 Simple a without which is not continued in the first which will be seen assemble of the first which will be seen assemble of the first which will be seen assemble of the first will be seen as which is seen as the first will be seen as which is seen as which is seen as the first will be seen as which is seen as		
1.1		
14.1		The state of the s
14.1		The second secon
14.4 29 104 29 104 29 20 20 20 20 20 20 20		and the same of th
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	> 0 ce 2 > 3 ce 15 > 4 ce 15	31 (1444)
15 15 15 15 15 15 15 15	>= 3 <= 15	
	76	
511 = 0.53	5 10 = 67.5	
15 15 15 15 15 15 15 15	> 26 = <= 30	
15 15 15 15 15 15 15 15	> 31 = 4= 35	
15 2-16 to -0.15	> 36 = < 40	
15 15 16 16 16 17 17 18 18 18 18 18 18	>41=0.45	
15 2-6 to -6.05	05 a> 95 a <	
155 - 56,000 () 5 -	> 51 = <= 45	
5 - 6 5 - 6 5 - 6 5 - 6 5 - 6 5 - 6 5 - 6 5 - 6 6 - 6 5 - 6 6	09 => 95 =<	
15.1 (प्रमाण प्रमाण प्	> 91 = <= 62	
15.1		
15.3 अस्तिक प्रथम कि - पर्व कि के कार में उत्पाद के कार में उत्पाद के कार कार के	जिस्स तस्त्री दस्तावेजी को संतरन किया	बा जान याहिए.
15.3 Tailifer of states of light is norm in sectal with some section in the section of the s		
प्रतिस्था रास्ताव्य मित्राल स्थापिता स्थाप मित्राल प्रतिस्था देवल स्थापिता हैस्स्लिस्स् मुर्गेष		जनता के सहस्यों को उपरांत्र कर कारण के के जनकर की के देन कि कि कि कि कि के कि कि के के कर के कि कि के के के कि जनका के सहस्यों की उपरांत्र कर कर कर कर कि कर का निकास कर
मेगुअल समीदारी दावा मीनुअल पीनिदान देवल विकास		aried Dic Melices can each et militario (pin ant) has been incompanies from
म्बन्धारम् । स्वाध्यम् स्वाध्यम् । स्वाध्यम् स्वाध्यम् । स्वाध्यम् ।		
प्रोतियम् देशस् मित्यस्य मित्यस्य		
Transfer a de la CETTRET		
1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1		
2. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.		
Transfer a prince transfer	ाऽ प्रमाणन स्रोमा क्या नियक्त मधी	
निक्स विक्	से एक स्पाण पर बीम क्यांनी के प्योच्या अधिकारी प्रत्या परिस्तालगातित तथा दिया. (इस की भाषा में परिवर्तित महिल्ला (इस की भाषा में परिवर्तित महि किया.	
計學 2. 2. 2. 3. 3. 3. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4.	ATTS	
(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)		
रसक्तित्ते विक्		
	मिकस्त माम स्याधिक	
जान के का प्रमुख के अने कर		
מש אלכי זו יוון זון משכר בבנותו.	नाम के साथ पमुख अधिकर्धाः और करती की मुहर के नाम और काउटर हत्ताकर	
E.E.	10元	

इनपुट हेल्य भारतीय कार्यालय 1	विवरण -	उद्देश्य और आवृत्ति	यह फार्म प्रत्येक बीमाकर्ता के लिए प्रत्येक राज्यों में कार्यालय (शाखा) विवरण पर जानकारी एकतित करता है	। कायोलय सूचना के फिर से इंजीनियर	आवृत्ति तिमाही है.	फिल्टर और सापटण्ड	To the		Sele II	भारत में ब्यापार		•		उत्तर प्रदेश	2 अरुणाच	3 असम	4 विहार			श्र हरियाणा				13 केरल
									बानाकतो के नाम			13. 14.	कालम काड	दश	अरुणाचल प्रदेश			216		=	न प्रदेश	形布		A
		1									T	साखाओं की तिमाही की मुक्तात में संख्या	Þ					1		T				
												तिमाही के दौरान संबोधिक स्प से मंजूरी दी गुर्क शाखाओं की संख्या	4					T	T					
											शाखाओं व		ቱ											
											शाखाओं की सक्या इस तिमाही	इस तिमाही के अनुमोदन में से	45		-									
							ितमाही					इस तिमाही के दौरान बंद की नाई शाखाओं	40											
Ĺ												तिमाही के अंत में शाखाओं की संख्या	St.											
_												स्यानौतरि स्यानौतरि कार्यान्त्रं की संख्या	15											
												विसय कर दिया कार्यालयाँ की संख्या	DA.											
	ý.										5	बामीण क्षेत्र में मौजूद शाखाओं की संख्या	15											
												नगर क्षेत्र में मौजूद साखाओं की संख्या	46											
																		7	1	T	T			
		1						Ħ			-							1			Ī			
														T				1		T	T			
-	ī															10.0				T	Ī			

12	मार्जाप्र					r 1						$\overline{}$
17	मेघालय							-				L. '
18	- FAIRE											1
<u>19</u>	नागलेड				_							1
20	उड़ीसा									_		L
21	पजाब							2				1
22	राजस्थान							*	-			L
23	स्राक्कम											1.
. 24	त्त्रीमेलनाड्											l
25	न्निपुरा						_					ŀ
- 36	उत्तर प्रदेश									L		ŀ
27	उत्तराखड											
28	पश्चिम बगाल				0							1 '
29	अंडमान एवं निकांबार											ļ
30	ঘ্রাগ্র	+		-		+			+			-
	दादरा एव नागरा			-					-	-		1
31	हवला	+				-	-		1			- 1
32	दमन आर दाव	1		+	1	+	+		+	+		- 1
33	الإدها	+			1	1	+		1			1
34	अध्ययान		1	1					1			- 1
35	प्डेचरा	-		+	1				1			- 1
**	tape.	_		-		-	4					- 1
इनपुट हेल्थ <u>े वि</u> देशी कार्यालय 1		2										1
विदेशी कार्यालयों								-				
के विवरण					i	-				·		- 1
								+	$\frac{1}{1}$	1		- 1
उद्देश्य और आवृत्ति		,	*					+	+	1		- 1
यह फॉर्म विदेश कायालयों जो प्रतिमिय कार्यालयों, शाखाओं, सहायक, एजेंसी कार्यालयों के रूप में वर्गीकृत है, पर सूचना एकप्रित करता है	-					·····			4-			
यह विदेशी कार्यालयों के बारे में जानकारी पर एकत्रित करने के लिये जया रूप है	To the state of th					1	÷			-		1
इस वापसी की आवृत्ति तिमाही है.												
*									+			
किस्टर आर मापदण्ड	11	+		4		1	+	$\frac{1}{1}$	+		-	
	8			10माहा		-			+	+		-1
	बीमा कपनी के नाम										٠	1.
								•	4			[]
	Ç.									+		
			1	1		+	1	+	+	+		- 1

			i.			1 [1		
			_		1						
	Γ	1					T				
	l	9									, .
		-40								-	
*											
							+				
प्राधिकरण द्वारा मिचमित है	ko	.,					+				
i	16				T		T				
Í	कांत्रम कोड	प्रातानाचे शाखाओं की संख्या	आरत के बाहर शाखाओं की सख्या	आरत से बाहर सहायक की संख्या	आरत के बाहर एजेसी कार्यालयों की संख्या	आरत के बाहर कुल कार्यालयों की संख्या		एक प्रतिनिधि कार्यातय जी एक कंपनी द्वारा एक विदेशी राष्ट्र जहाँ एक शाखा कार्यात्य या सहायक नहीं है वहाँ पर विपणन तथा अन्य गैर व्यवाहारिक परिचालन करने के लिये स्थापित किया गया है।	बीमा कपनी की एक शाखा एक रिटेत स्थान है जहां एक बांमाकतां अपने याहकों को स्वयांतित और आमने सामने सेवाओं की एक विस्तृत सरणी देता है।	स्यापार के मामली में, एक सहायक, एक इकाई है जो एक अलग से उच्च संस्था द्वारा नियंतित किया जाता है	एक एजेंसी कायोतय एक सस्था है जहां ट्यापार बीमा कंपनियों के एजेंटी द्वारा किया जाता है
		1	2	e	4	•					

क्रायात्त्रय विवरण - क्रायात्त्रय विवरण - क्रायात्त्रय विवरण - क्रायाय्य्य विवरण - क्रायाय्य विवरण - क्रायाय्य विवरण - क्रायाय्य विवरण - क्रायाय्य व्याप क्रायाय्य प्रायाय्य व्याप क्रायाय्य प्रायाय्य व्याप क्रायाय्य प्रायाय्य व्याप क्रायाय्य व्याप क्राया्य प्रायाय्य व्याप क्रायाय्य व्याप क्राया्य प्रायाय्य व्याप क्राया्य व्याप व्याप क्राया्य व्याप क्राया्य व्याप क्राया्य क्राया्य व्याप क्राया्य क्राया्य व्याप क्राया्य क्रायाःय क्रा	प्रतिनिधि हेल्य कायोलय 1					*	,							
क्रिक्ट क्रिक क्रिक्ट क्रिक्ट क्रिक्ट क्रिक्ट क्रिक्ट क्रिक्ट क्रिक्ट क्रिक क्रिक्ट	विवरण												- 71	
स्टेंड स्टेड स्टेंड स									-	+	-	+	+	0
स्रोता स्थाप कर्म के स्थाप कर्म के सार्थां कर्म के सार्थां कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म कर्म	उद्देश्य और अषृति									H				
स्थान स्यान स्थान स्यान स्थान स्यान स्थान	इस रिपोट का उद्देश्य प्रत्येक राज्य में और एक समग्र स्तर पर प्रत्येक					Ē								
स्टेस्ट स्टिक्स स्ट	बीमा कपनी के कायोत्स्य विवरण प्रदान करना है									÷.				
संस्था स्थान के साम स्थान के प्रतिक्रम के अनुमान के स्थान के अनुमान के स्थान के सम्भान के स्थान के सम्भान के स्थान के सम्भान	इस रिपोर्ट की आवृत्ति तिमाही है		_							-		_	_	_
सम्बद्धः स्टब्स् स्टब्स्यस्य													\prod	
त्राच्या प्रतिक्रम विकास विका	फिल्टर और मापदण्ड													
सम्भव्य सम्भव्य स्था के स्था के अनुमादन में से स्था के अनुमादन में से स्था के स्था के अनुमादन में से स्था के स्था के स्था के से स्था के से अनुमादन में से स्था के से स्था के से अनुमादन में से स्था के से से स्था के से		r					तिमाही		+	+	+	+	-	
हैं		HENE							-	+	+	+	1	1
बीता बाता को संस्था विकास की संस्था		***							+	+	-	+	-	
स्तित्त व्यक्ति क्षिप्त क्षिप									+	-	-	-	+	
स्राप्ता कर्नान्या वर्ष के संस्था की संस्था क					या के द्वीराज मुक्ते									
करपानी के साम दौरान वर्ष के अनुनोदन में से वर्ष के अनुनोदन में से वर्ष के वर्ष के वर्ष के वर्ष के करपाने के साम दौरान वर्ष के अनुनोदन कर करपाने के साम दौरान वर्ष के अनुनोदन कर करपाने के साम दौरान वर्ष के साम दौरान जिल्ला की करपा का साम की करपा की करपा का साम की करपा का साम की करपा का प्राप्त का साम की करपा का साम की करपा का साम की के स्वाप का साम की करपा का साम की करपान का साम की करपान का साम का साम की करपान का साम का					गई शाखाओं की संख्या									
कांग्रिंग के के क्या की संख्या कांग्रिंग प की संख्या कांग्रिंग प की संख्या कांग्रिंग के कांग्रिंग के कांग्रिंग कांग	328	क्षीमा कंपनी भ	का साम के साम	द्रारान	पिटाने वर्ष के	इस वर्ष के अनुनादन में से		सन्दर्भ अंत भें असम्बद्ध		-			-	
कांकम ए की सी डी ई कांत / इनपुट इनपुट कांपुट कांपुट कांपुट गणना भैर भैर भैर भैर जीवन जीवन जीवन जीवन जीवन कांपुण गण्पण कांपुण कांपुण			शुक्आत में संडया	शाखाओं शाखाओं की संख्या	5 (中 5 体		मर्क साजाओं की संख्या	की संख्या	<u></u>					···
स्रोत / इनमुद्र इनमुद्र इनमुद्र इनमुद्र मेर जीवन इनमुद्र मेर जीवन स्थाप्त मेर		कालम कोड		45	录	fin				+	-			41
- जीवन _ जावाल _ जावल _ जावाल _ जावल _ जाव		भीत / नागन	*************************************	इन्नपुट- भैर	मेर ू	इनपुट_गैरजीवन_ कार्यालय_1	कुनपुट भैर	कुनपुट भैर					_	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			जीवन कार्यालय	जीवन कार्णाशय	जीवन कार्यालय		जीवन कायांलय	जीवन कार्यालय						
			1	1	1		1	1	-	$\frac{1}{1}$	-	-	\downarrow	
	1							1	4			-		
	3								+	+	+	+	17	
	4											_		
	5													7
	9							<u> </u>		+	+	-	-	\downarrow
	*	tah#							1	+	-	-		
										-			-	

61-81/19 099

																																I	Ī		_	,			- 0	7
	#	6	5	4	3	2	1																			फेल्टर और नापदण्ड	And the surprise of	रेपोर्ट की भावति । उसासिक है	करना है	कार्य के विकास पर अनुकारी परान	के लिये प्रतिक गान्या में कार्यालय	Seed Sit Sidio		वितर्ण - अमासक	*	कायालया का	राज्यानुसार	THE PROPERTY	.01	प्रतिनिधि स्वास्थ्य
	सपूर्ण										Helale	सात /	4/5	कालम		ď			***************************************	का नाम				राज्य	वर्ष															
					-			1	कायालय	जीवन _		इनपुट-	_	4		की संख्या	शासाओं	नहीं गर्ड	खानी	प्याकृत																				
								1	_			Sayc_	+-	ø					की संख्या	PINE		याम - क्षेत्र							-											
											p (8 + 8)	_	+	쑠					%	शासा की	-								-											
								1	कायालय	जावन _		2945		4					की संख्या	शहरा		शहरी क्षेत्र																		
										9	c		4_	44					9	शहरा					तिमाही															
											_																					\downarrow	1							
L	-												L											ŀ								1	1							
											_				L			_			-			_			1					+								_
																					-					\downarrow	_						\downarrow							
		L								0																														

इनपुट हत्त्य कायानय ३ प्रत्येक राज्य में कार्यातयों का विकास - वार्षिक	। विदेशी	इस रिपोट का उद्देश्य प्रत्येक राज्य भर में कायालया के वितरण का एक सारांश प्रदान करने के लिए हैं.	इस रिपोर्ट की आवृत्ति वाषिक हैं.	फिल्टर और मापदण्ड	84	चाल् वर्ष	राज्य का नाम यामीण शहरी कार्यालयों कार्यालयों की संख्या की संख्या	कांतम कडि क	<i>सित । गणना</i> इनपुट्र गैर इनपुट्र गैर	- कार्यालय_ कार्यालय_ 1	त्र अध्य प्रदेश	2 अरुणाचल प्रदेश	3 JRFF	4 विहार		% हिस्साणा	9 हिमाचल प्रदेश	10 जम्मू और के	11 झारखड	13 केरल	
						पिछले वर्ष	यामीण सहरी कायालया की याँ कार्यालयाँ संख्या इया की संख्या		10	य_ कार्यालय_ 1											
						दूसरा पिछले वर्ष	यामीण शहरी या कार्यालयों कार्यालयों क की संख्या की संख्या की	덕	इनपुट्नीर इनपुट्नीर जीवन जीवन	कार्यालय_कार्यालय_क						 					
						तीसरा पिछले वर्ष	यामीण शहरी कार्याक्षयां कार्याक्षयां व की संख्या की संख्या व	াত	इनपुट गैर इनपुट गैर इ जीवन जीवन	कार्यालय_कार्यालय_क 1 1 1											
						चीय पिछले वर्ष	वामीण सहरी कार्यालयों कार्याक्षयाँ की संख्या की संख्या	अर्थ वर्ग	इनपुट गैर इनपुट गैर जीवन जीवन	- कार्यालय_कार्यालय_ 1							i				

<u>ो</u> म्र	<u>।</u>	गोरम	ालैंड	田	ब	स्यान	क्कम	ो जनाड्	रा	ार प्रदेश	साखंड	पश्चिम बंगाल	मान एवं होबार	शह	दादरा एवं नागरा हवेली	न और दीव	दिल्ली	द्वीप	स	af	
मि	भेघ	FF.	elle	3\$	ਖ਼ੁਕ	सञ	挺	ति	PRI (PA)	34	34	पि	器	चंड	दाद	CH.	दिव	लक्ष	Šh	47	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	#	

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

NOTIFICATION

Hyderabad, the 16th February, 2013

Insurance Regulatory and Development Authority (Health Insurance) Regulations, 2013

F. No. IRDA/Reg./14/72/2013.—In exercise of the powers conferred under Section 114A of the Insurance Act 1938 and Section 14 read with section 26 of the IRDA Act 1999 and in consultation with the Insurance Advisory Committee, the Authority hereby makes the following regulations, namely:-

1. Short title and commencement.

- a. These Regulations may be called Insurance Regulatory and Development Authority (Health Insurance) Regulations, 2013
- **b.** They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazette of the Government of India.
- c. Unless otherwise provided by this Regulation, nothing in this Regulation shall deem to invalidate the health insurance contracts entered prior to these Regulations coming into force
- d. These Regulations are applicable to all licensed life insurers, non-life insurers and health insurers, conducting health insurance business as defined under these regulations in India.

2. Definitions. In these Regulations, unless the context otherwise requires,--

- a. "Act" means the Insurance Act, 1938.
- b. "Agreement" means an agreement prescribing the terms and conditions of services, which may be rendered to the holders of health policies of an Insurance Company entered into between
 - i. a Third Party Administrator (TPA) and an insurance company; or
 - ii. a Network provider and an Insurance Company, which may include a TPA as a third party.
 - iii. a Network provider, a TPA, and the insurer.
- c. "Authority" means the Insurance Regulatory and Development Authority established under subsection 1 of section 3 of the IRDA Act 1999.
- d. "Break in policy" occurs at the end of the existing policy term, when the premium due for renewal on a given policy is not paid on or before the premium renewal date or within 30 days thereof.
- e. "Cashless facility" means a facility extended by the insurer to the insured where the payments, of the costs of treatment undergone by the insured in accordance with the policy terms and conditions, are directly made to the network provider by the insurer to the extent pre-authorization approved.
- f. "File and Use Procedure" means a procedure to be followed for health insurance product approval by the insurers in accordance with guidelines/circular issued by the Authority.
- g. "Health insurance business" or "health cover" means the effecting of insurance contracts which provide for sickness benefits or medical, surgical or hospital expense benefits, including assured benefits and long-term care, travel insurance and personal accident cover.

- h. "Health Services by TPA" means the services rendered by a TPA to an insurer under an agreement in connection with health insurance business but does not include the business of an insurance company or the soliciting either directly or indirectly, of health insurance business or deciding on the admissibility of a claim or its rejection.
- i. "Health plus Life Combi Products" mean products which offer the combination of a Pure Term Life Insurance cover of a life insurance companies and a Health Insurance cover offered by non-life and/or standalone health insurance companies.
- j. "Network Provider" means hospitals or health care providers enlisted by an insurer or by a TPA and insurer together to provide medical services to an insured on payment by a cashless facility.
- k. "Portability" means the right accorded to an individual health insurance policyholder (including family cover), to transfer the credit gained for pre-existing conditions and time bound exclusions, from one insurer to another insurer or from one plan to another plan of the same insurer, provided the previous policy has been maintained without any break.
- 1. "Senior citizen" means any person who has completed sixty or more years of age as on the date of commencement or renewal of a health insurance policy.
- m. "Third Party Administrators or TPA means any person who is licensed under the IRDA (Third Party Administrators Health Services) Regulations,2001 by the Authority, and is engaged, for a fee or remuneration by an insurance company, for the purposes of providing health services.
- n. All words or expressions not defined in these Regulations but defined in the Insurance Act 1938 or Insurance Regulatory and Development Authority Act 1999 shall have the same meanings respectively assigned to them in those Acts.

3. Registration and Scope of Health Business

- a. Health Insurance products may be offered only by entities with a valid registration under the Insurance Regulatory and Development Authority (Registration of Indian Insurance Companies) Regulations 2001.
- b. Life Insurance Companies may offer long term health products but the premium for such products shall remain unchanged for at least a period of every block of three years, thereafter the premium may be reviewed and modified as necessary.
- c. Non-Life and Standalone Health insurance companies may offer individual health products with a minimum tenure of one year and a maximum tenure of three years, provided that the premium shall remain unchanged for the tenure.
- d. Group Health Insurance Policies may be offered by any insurance company, provided that all such products shall only be one year renewable contracts. However, the non-life and standalone health insurers may offer group personal accident products with term less than one year also to provide coverage to any specific events.
- e. Overseas or Domestic Travel Insurance policies may only be offered by non-life and standalone health insurance companies, either as a standalone product or as an add-on cover to an existing health policy, provided that the premium for the add-on cover is approved by the Authority under File And Use Procedure.

4. File and Use Procedure for health insurance products

- a. No health insurance product shall be marketed by any insurer unless it has the prior clearance of the Authority accorded as per the File and Use Procedure.
- b. Any subsequent revision or modification of any approved health insurance product shall also require the prior clearance of the Authority as per the guidelines issued from time to time.
 - i. Any revision or modification in a policy which is approved by the Authority shall be notified to each policy holder at least three months prior to the date when such revision or modification comes into effect. The notice shall set out the reasons for such revision or modification, in particular the reason for an increase in premium and the quantum of such increase.
 - ii. The possibility a revision or modification of the terms of the policy including the premium must be disclosed in the prospectus.
- c. File & Use application for the prior approval of the Authority shall be certified by the Appointed Actuary and the CEO of the insurance company and shall be in such formats and accompanied by such documentation as may be stipulated by the Authority from time to time.

660 GI/13-20

d. Withdrawal of Health Insurance Product

- To withdraw a health insurance product, the insurer shall take prior approval of the Authority by giving reasons for withdrawal and complete details of the treatment to the existing policyholders.
- ii. The policy document shall clearly indicate the possibility of withdrawal of the products in the future and the options that would be available to the policyholder on withdrawal of the products.
- iii. If the existing customer does not respond to the insurer's intimation, the policy shall be withdrawn on the renewal date and the insured shall have to take a new policy available with the insurer, subject to portability conditions.
- iv. The withdrawn product shall not be offered to the prospective customers.
- e. All particulars of any product shall after introduction be reviewed by the Appointed Actuary at least once a year. If the product is found to be financial unviable, or is deficient in any particular the Appointed Actuary may revise the product appropriately and apply for revision under File and Use procedure.
- f. Five years after a product has been accorded File and Use approval, the Appointed Actuary shall review the performance of the product in terms of morbidity, lapse, interest rates, inflation, expenses and other relevant particulars as compared to the original assumptions made while designing such product and seek fresh approval with suitable justifications or modifications of the earlier assumptions made.

5. General Provisions relating to Health Policies

- a. Health insurance product may be designed to offer various covers
 - i. To specified age or gender groups
 - ii. To different age groups
 - iii. To treatment in all hospitals throughout the country, provided the definition of hospital is met
 - iv. To treatment in specified hospitals only, provided the morbidity rates used are representative
 - To treatment in specified geographies only, provided the morbidity rates used are representative etc

provided, such specifications are disclosed upfront and clearly in the product prospectus, documents and sale process.

- b. Insurer shall not compel the insured to migrate to other health insurance products, if it is to the disadvantage of insured.
- c. Insurers shall ensure adequate dissemination of product information on all their health insurance products on their websites. This information shall include a description of the product, copies of the prospectus as approved under the File and Use Procedure, proposal form, policy document wordings and premium rates inclusive and exclusive of Service Tax as applicable.

d. Nomination and Assignment

- All health insurance policies shall provide for a nomination registered at the time of the proposal in accordance with Section 39 of the Insurance Act, 1938.
- ii. No assignment of health insurance policies shall be allowed irrespective of whether the coverage provided under such policies are indemnity based or benefit based. Provided that, in Life-Health Combi products, assignment may be allowed only for the life insurance component of the product in accordance with Section 38 of the Insurance Act, 1938.

e. Entry and Exit Age

i. Except as provided for in regulation j, all health insurance policies shall ordinarily provide for an entry age of at least up to 65 years.

ii. Except travel insurance products and for products in accordance with Regulation j and 4 (d) herein, once a proposal is accepted and a policy is issued which is thereafter renewed periodically without any break, further renewal shall not be denied on grounds of the age of the insured.

f. Renewal of Policies

- i. A health insurance policy shall ordinarily be renewable except on grounds of fraud, moral hazard or misrepresentation or non-cooperation by the insured.
- ii. The renewal of a health insurance policy sought by the insured shall not be denied arbitrarily. If denied, the insurer shall provide the policyholder with cogent reasons for such denial of renewal.
- iii. A insurer shall not deny the renewal of a health insurance policy on the ground that the insured had made a claim or claims in the previous or earlier years, except for benefit based policies where the policy terminates following payment of the benefit covered under the policy like critical illness policy following payment of the critical illness benefit, the policy terminates.
- iv. The insurer shall provide for a mechanism to condone a delay in renewal up to 30 days from the due date of renewal without deeming such condonation as a break in policy. However coverage need not be available for such period.
- v. The promotion material and the policy document shall explicitly state the conditions under which a policy terminates, such as on the payment of the benefit in case of critical illness benefits policies.

g. Free Look Period

- i. All Health insurance Policies shall have a free look period. The free look period shall be applicable at the inception of the policy and:
 - The insured will be allowed a period of at least 15 days from the date of receipt of the
 policy to review the terms and conditions of the policy and to return the same if not
 acceptable
 - 2. If the insured has not made any claim during the free look period, the insured shall be entitled to
 - a. A refund of the premium paid less any expenses incurred by the insurer on medical examination of the insured persons and the stamp duty charges or;
 - b. where the risk has already commenced and the option of return of the policy is exercised by the policyholder, a deduction towards the proportionate risk premium for period on cover or;
 - c. Where only a part of the risk has commenced, such proportionate risk premium commensurate with the risk covered during such period.
 - d. In respect of unit linked policy, in addition to the above deductions, the insurer shall also be entitled to repurchase the unit at the price of the units as on the date of the return of the policy.

h. Cost of pre-insurance health check up

i. The cost of any pre-insurance medical examination shall generally form part of the expenses allowed in arriving at the premium. However in case of products with term of one year and less, if such cost is to be incurred by the insured, not less than 50% of such cost shall be borne by the insurer once the proposal is accepted, except in travel insurance policies where such costs need not be reimbursed.

ii. Insurers shall maintain a list of, and the fees chargeable by, institutions where such preinsurance medical examination may be conducted, the reports from which will be accepted by them. Such list shall be furnished to the prospective policyholder at the time of pre-insurance medical examination.

i. Cumulative bonus

- i. Insurers may offer cumulative bonuses on indemnity based health insurance policies, which shall be stated explicitly in the prospectus and the policy document.
- ii. If a claim is made in any particular year, the cumulative bonus accrued may be reduced at the same rate at which it is accrued;
- iii. Cumulative bonus shall not be allowed on benefit based policies.

j. Option to migrate to suitable health insurance policy

- i. Insurers offering health covers specific to age groups such as maternity covers, children under family floater policies, students etc, shall offer an option to migrate to a suitable health insurance policy at the end of the specified exit age or at the renewal of the policy by providing suitable credits for all the previous policy years, provided the policy has been maintained without a break.
- k. All health insurance policies shall allow the portability of any policy in accordance with Schedule:1

1. AYUSH Coverage:

- Insurers may provide coverage to non-allopathic treatments provided the treatment has been undergone in a government hospital or in any institute recognized by government and/or accredited by Quality Council of India/National Accreditation Board on Health or any other suitable institutions.
- ii. For benefit based products, (i) shall not be applicable.

m. Disclosures/Declarations:

- i. Subject to the provisions of these regulations, prospectus of health insurance policy shall mandatorily contain all the information regarding:
 - 1. disclosures about the terms of its renewal.
 - 2. coverage and premium applicable as per the age progression
 - disclosure of the maximum age up to when the renewal would be available, if product
 is offered to specified age groups and the option available to migrate to other policies
 in all such cases.
 - 4. any changes in the scope of the cover after certain duration of the policy or after a certain age- such as including but not limited to coverage for pre-existing diseases;
 - 5. whether renewal premium would be guaranteed or subject to revision;
 - 6. details of specific circumstances, if any, where premium could be loaded (or discount withdrawn) by the insurer and also to the extent to which it could be done;
 - 7. procedure and terms for enhancing the sum insured or scope of cover, if any;
 - 8. all the exclusions, cancellation conditions and
 - 9. other aspects in accordance with the extant regulations, guidelines, circulars etc on advertisements and disclosure requirements.

- ii. Declarations shall only form part of the proposal form and shall not be included in the policy document. The standard declarations in the proposal form shall be:
 - I. "I/We hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.
 - I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurance company and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.
 - 3. I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.
 - 4. I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.
 - 5. I/We authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority."

n. Standard Definition of terms in health insurance policies

i. Phrases and terms used in all health insurance policies shall carry the meaning attached to them as set out in 'Standard Definitions', if any, issued by the Authority from time to time.

o. Standard Nomenclature and Procedures for Critical Illnesses

i. The nomenclature and procedures incorporated into policies offering 'critical illness cover' shall be as defined by the Authority from time to time.

p. Standard List of Excluded Expenses in Hospitalization Indemnity policies

- i. Hospitalization indemnity policies shall generally exclude from cover the Standard list of excluded items as may be stipulated by the Authority from time to time.
- ii. However insurers may offer to cover as part of hospitalization expenses, items in the Standard excluded list or exclude items not in the list, provided that such modification is shall clearly stated and such modified list is annexed to the policy document.

q. Special Provisions for Insured Persons who are Senior Citizens

- i. The premium charged for health insurance products offered to senior citizens shall be fair, justified, transparent and duly disclosed upfront. The insured shall be informed in writing of any underwriting loading charged over and above the premium and the specific consent of the policyholder for such loadings shall be obtained before issuance of a policy.
- ii. All health insurers and TPAs, as the case may be, shall establish a separate channel to address the health insurance related claims and grievances of senior citizens.

r. Multiple Policies

i. If two or more policies are taken by an insured during a period from one or more insurers, the contribution clause shall not be applicable where the cover/benefit offered:

660 GI/13-21

- 1. is fixed in nature;
- 2. does not have any relation to the treatment costs;
- ii. In case of multiple policies which provide fixed benefits, on the occurrence of the insured event in accordance with the terms and conditions of the policies, the insurer shall make the claim payments independent of payments received under other similar polices.
- iii. If two or more policies are taken by an insured during a period from one or more insurers to indemnify treatment costs, the insurer shall not apply the contribution clause, but the policyholder shall have the right to require a settlement of his claim in terms of any of his policies.
 - 1. In all such cases the insurer who has issued the chosen policy shall be obliged to settle the claim without insisting on the contribution clause as long as the claim is within the limits of and according to the terms of the chosen policy.
 - 2. If the amount to be claimed exceeds the sum insured under a single policy after considering the deductibles or co-pay, the policy holder shall have the right to choose insurers by whom the claim to be settled. In such cases, the insurer may settle the claim with contribution clause.
 - Except in benefit policies, in cases where an insured has policies from more than one
 insurer to cover the same risk on indemnity basis, the insured shall only be
 indemnified the hospitalization costs in accordance with the terms and conditions of
 the policy.

6. Underwriting

- a. All Insurance Company's shall evolve a Health Insurance Underwriting Policy which shall be approved by the Board of the Company. The policy should among other matters prescribe the proposal form in which prospects may apply for purchasing a Health Policy. Such form should capture all the information necessary to underwrite a proposal in accordance with the stated Policy of the Company.
- b. The Underwriting Policy shall be filed with the Authority. The Company retains the right to modify the Policy as it deems necessary, but every modification shall also be filed with the Authority.
- c. Any proposal for health insurance may be accepted or denied wholly based on the Board approved underwriting policy. A denial of a proposal shall be communicated to the prospect in writing, recording the reasons for denial.
- d. The insured shall be informed of any underwriting loading charged over and above the premium and the specific consent of the policyholder for such loadings shall be obtained before issuance of a policy.
- e. If an insurance company requires any further information, such as change of occupation, at any subsequent stage of a policy or at the time of its renewal, it shall
 - i. prescribe standard forms to be filled up by the insured and shall make these forms part of the policy document
 - ii. Clearly state the events which will require the submission of such information.
 - iii. Clearly state the conditions applicable in such event.
- f. Insurers may devise mechanisms or incentives to reward policyholders for early entry, continued renewals, favourable claims experience etc with the same insurer and disclose upfront such mechanism or incentives in the prospectus and the policy document, as approved under File and Use.

7. Principles of Pricing of Health Insurance Products

- a. The premium for a health insurance policy shall be based on,
 - i. for individual policies, the completed age of the prospect on the date of inception of the policy or on the date of its renewal..

- ii. for provision of cover under family floater, the impact of the multiple incidence rates of all family members proposed to be covered.
- b. . The policy premiums shall be unchanged
 - i. for all group products and travel insurance products, for the entire period of cover.
 - ii. for all individual and family floater products, other than travel insurance products, for at least:
 - 1. a period of one year in case of one year renewable policies and
 - 2. for the period of the tenure as stipulated in Regulations 3 (b) and 3(c) herein in the case of multi-year policies..
- c. For a period of three years after a product has been cleared under File and Use Procedure the premiums filed shall ordinarily not be changed. Thereafter the insurer may vary the premium rates depending on the experience, such rate shall not be changed for a period of at least one year from the date of clearance from the Authority.
- d. Changes in rates will be applicable from the date of approval by the Authority and shall be applied only prospectively thereafter for new policies and at the date of renewal for renewals.
- e. The reasonableness of the pricing as arrived at by the insurer will be assessed having regard to the financial sustainability and viability of the product with respect to the rates, loadings, guarantees and discounts, and the accuracy of the assumptions underlying the pricing model adopted.
- f. At the time of filing the product under the File and Use procedure, the insurer shall provide:
 - i. complete pricing details including the methodology adopted to arrive at the premiums, together with the data sources utilized;
 - ii. assumptions made shall include the expected claim frequency and claim severities across age bands, expected expenses, lapse rates etc;
 - iii. specific loadings, if any, allowed;
 - iv. the profit margin at various model points or the expected loss ratios and the expected combined ratios across various model points across the entire portfolio;
 - v. the underwriting capacity required for the product and the actual capacity available with the insurer:
 - vi. the retention capacity to manage the business
 - vii. internal capacity building measures, if any, required to offer the proposed product and
 - viii. any other relevant metric for the product proposed.
- g. Applications for revision of premium rates shall be filed before the Authority for approval under the File and Use Procedure and shall encompass
 - i. the justification for the revision in price;
 - ii. the claims experience of the three immediately preceding years compared to the expected experience duly explaining the variations, and the experience of any similar product.
 - iii. the expected claims experience, the assumptions underlying the proposed pricing along with an analysis of how the proposed pricing would address the adversities experienced sustainably.

h. Loadings on Renewals:

i. The loadings on renewals shall be in terms of increase or decrease in premiums offered for the entire portfolio and shall not be based on any individual policy claim experience.

- ii. The discounts and loadings offered shall:
 - 1. not be at the discretion of the insurer;
 - 2. be based on an objective criteria;
 - 3. be disclosed upfront in the prospectus and policy document along with the objective criteria, and shall be as approved under the File and Use.

i. Upper Limit/Maximum Cover offered under a contract:

- i. If in a benefit based health insurance policy the insurer has prescribed any upper limit for any specified benefit or cover, the insurer shall not accept any proposal for a cover beyond such upper limit, unless the premium for such cover is separately charged.
- ii. Complete pricing details on how such inbuilt limits are considered in arriving at the total premium shall be provided under the File and Use.
- iii. If any proposal is accepted beyond such upper limit, the insurer shall not deny a claim on the ground that the policy exceeds the upper limit prescribed for that policy.
- iv. However, the insurer may cancel the cover beyond such upper limit and shall return the proportionate premium, provided that
 - 1. the policyholder, at the time of proposal, has not disclosed the existing and simultaneous policy details in the proposal form and
 - 2. the existence of such policy is revealed only subsequently resulting in the cover accepted beyond the upper limit, and
 - 3. Such other policy has been underwritten by another insurance company.

8. Protection of Policyholders' Interest

- a. Unless otherwise provided, the IRDA (Policyholder Protection of Interest) Regulation, 2002 is applicable to all health insurance policies.
- b. Every insured shall be provided with a Key Information Sheet setting out in simple language briefly but clearly all the important features of the policy, its claim limits, disallowances. The authority may prescribe such document.
- c. The insurer shall establish necessary systems, procedures, offices and infrastructure to enable efficient issuance of pre-authorisations on a 24 hour basis and the prompt settlement of claims and grievances.

d. Settlement/Rejection of claim by insurer:

- i. An insurer shall settle claims, including its rejection, within thirty days of the receipt of the last 'necessary' document.
- ii. Except in cases where a fraud is suspected, ordinarily no document not listed in the policy terms and conditions shall be deemed 'necessary'. The insurer shall ensure that all the documents required for claims processing are called for at one time and shall not call for the documents in a piece meal manner.
- iii. The information that the insurer has captured in the proposal form at the time of accepting the proposal, the terms & conditions offered under the policy, the medical history as revealed by earlier claims, if any, and the prior claims experience shall all be maintained by the insurer as an electronic record and shall not be called for again from the policyholder/insured at the time of subsequent claim settlements. If called, for such information will not be deemed 'necessary.'
- iv. If the claim event falls within two policy periods, the claims shall be paid taking into

consideration the available sum insured in the two policy periods, including the deductibles for each policy period. Such eligible claim amount to be payable to the insured shall be reduced to the extent of premium to be received for the renewal/due date of premium of health insurance policy, if not received earlier.

- v. Insurer may stipulate a period within which all necessary claim documents should be furnished by the policyholder/insured to make a claim. However, claims filed even beyond such period should be considered if there are valid reasons for any delay.
- e. **Minimum Disclosures in Policy Document**: In addition to the requirements stipulated in IRDA (Protection of Policyholders' Interest) Regulations, 2000 the policy document shall contain:
 - i. List of disclosures required as per this regulation.
 - Procedure for claims submission, time lines and possible course of action, if time lines for claim submission are not adhered to along with all the claims documents required for claim processing.
 - iii. Sub-limits applicable on any of the covers offered in the health insurance product and the impact of such sub-limits on other covers provided in the product, if any, shall be clearly spelt out.
 - iv. Penal interest provision shall invariably be incorporated in the policy document as per Regulation 9(6) of (Protection of Policyholders' Interests) Regulations, 2002.
 - v. The TPA(s) details, if any along with complete address and contact numbers shall be attached to the policy document and shall be updated as and when there is a change in the TPA (s).

9. Administration of Health Policies

- a. Subject to the terms of a policy, insurers shall extend to all policy holders a cashless facility for treatment at specified establishments or the reimbursement of the costs of medical and health treatments or services availed at any medical establishment.
- b. Cashless facility shall be offered only at establishments which have entered into an Agreement with the insurer to extend such services. Such establishments will be termed as Network Providers. Reimbursement shall be allowed at any medical establishment. All such establishments must be licensed or registered as may be required by any Local, State or National Law as applicable.
- c. The administration of all health plus life-combi products shall be in accordance with the provisions of Schedule II to this Regulation as may be amended from time to time by the Authority.
- d. Except in emergencies a cashless facility may require a Pre-Authorisation to be issued by the Insurer or an appointed TPA to the Network Provider where the treatment is to be undergone. The Authority may prescribe a Standard Pre-Authorisation form and standard reimbursement claims forms which shall be used for this purpose, as applicable.
- e. To avail the benefit of cashless facility, insurers shall issue an Identification Card to the insured within 15 days from the date of issue of a policy, either through a TPA or directly.
- f. The identification card shall, at the minimum, carry details of the policyholder and the logo of the insurer. The validity of card shall coincide with the term of the policy and mayas renewed from time to time. Insures may issue a Smart Card instead of an Identity Card.
- g. Where a policyholder has been issued a pre-authorisation for the conduct of a given procedure in a given hospital or if the policyholder is already undergoing such treatment at a hospital, and such hospital is proposed to be removed from the list of Network Provider, then insurers shall provide the benefits of cashless facility to such policy holder as if such hospital continues to be on the Network Provider list.

660 61/13-22

- h. Insurer shall keep the insured informed of the list of Network Providers and display the same on their website and the appointed TPA's office. Such list shall be updated as and when there is any change in the Network providers.
- i. The insured shall have access to all the Network Providers of an insurer to avail cashless facility as long as the insurer has a valid service agreement with the Network Provider and such Network Providers shall remain unchanged irrespective of change in TPAs.
- j. An insurance company may enter into arrangement with other insurance companies for sharing of Network Providers, transfer of claim & transaction data arising in areas beyond their service areas.

10: Agreement between Insurers, Network Providers and TPAs

- a. Insurance companies may offer policies providing cashless services to the policyholders provided:
 - i. The services are offered in network providers who have been enlisted to provide medical services either directly under an agreement with the insurer or by an agreement between health services provider, the TPA and the insurer.
 - ii. The Authority may, from time to time, prescribe clauses to be included in such agreements as stipulated in (b).
 - iii. the Agreements which shall be entered into between insurers, network providers/TPAs shall cover the following amongst others:
 - 1. the tariff applicable with respect to various kinds of healthcare services being provided by the network provider.
 - 2. a clause empowering the insurer to cancel or otherwise modify the agreement in case of any fraud, misrepresentation, inadequacy of service or other non-compliance or default on the part of TPA or network provider; provided no such cancellation or modification shall be done by the insurer unless the concerned TPA/ network provider is given an opportunity of being heard.
 - 3. a standard clause providing for continuance of services by a network provider to the insurance company if the TPA is changed or the agreement with TPA is terminated.
 - 4. a clause providing for opting out of network provider from a given TPA for reasons of inadequacy of service rendered by the TPA to the network provider.
 - 5. a clause specifying the fees and other charges leviable by an insurance company to the TPA for services rendered.
 - 6. a clause specifically requiring only the insurance company the power to deny a claim.
 - 7. a clause enabling insurer to inspect the premises of the network provider at any time without prior intimation.
- b. The Authority may from time to time prescribe standard clauses to be included in such agreements.
- c. The insurance company shall endeavour to enter into Agreements with adequate number of both public and private sector providers with adequate geographical spread.

11. Payments to Network Providers and Settlement of Claims of Policyholders:

a. For the purpose of claim settlement, insurer shall make direct payments to the Network provider and to the policyholders by integrating their banking system platform with the network provider or the insured,

as the case may be. Provided that, if a claimant opts for payment through a cheque or Demand Draft, the insurer shall not deny such request.

12. Services offered by TPA in relation to Health Insurance Policies

a. The insurer may enter into an Agreement for the provision of defined services with a TPA holding a valid license issued in accordance with the IRDA (Third Party Administrators) Regulations, 2001 as may be amended from time to time.

b. The services offered by a TPA shall not include

- i. Claim settlements and rejections with respect to the health insurance policies; However, TPA may handle claims admissions and recommend to the insurer for the payment of the claim settlement, provided a detailed guideline is prescribed by the insurer to the TPA for claims assessments & admissions in terms of capacity requirements, internal control requirements, claim assessment & admissions procedure requirements etc under the agreement.
- ii. Any services directly to the policyholder or insured or to any other person unless such service is in accordance with the terms and conditions of the Agreement entered into with the insurer.
- c. The TPA shall have in place the infrastructure necessary to extend the health services as required to the policyholders at all times.

d. Settlement and Denial of Claims:

- i. All documents submitted to TPA shall be electronically collected and shall be forwarded to the Insurers for taking a decision on the claim settlements or claim rejections.
- ii. TPA shall, in the correspondence to the policyholder with respect to settlement/denial of the claims, state clearly the following:
 - "As per the instructions of the insurer <Name of the Insurer>, the claim is being settled/denied for Rs. <amount> on account of <specifics of treatment/grounds of denial>. For any further clarifications, you may directly contact the insurer."
- iii. The above statement shall form the mandatory part of the communication to be sent to the policyholder in every case of settlement or denial of the claims.
- iv. The insurer and the TPA shall be responsible for the proper and prompt service to the policyholders at all times.

e. Bar on Non-insurance healthcare schemes

- i. The TPA shall offer health services only in accordance with the IRDA (Third Party Administrators) Regulations, 2001 and shall not provide any services:
 - 1. directly or indirectly to non-insurance healthcare schemes or
 - 2. directly to health insurance schemes promoted, sponsored or approved by entities not being insurance companies, such as Governments, PSU's etc.
 - 3. directly or indirectly to the policyholder or insured, except the health services as per the agreement with the insurer.

13. Agreement between a TPA and an Insurance company

a. The insurer and the TPA shall themselves define the scope of the Agreement, the health and related services that may be provided by the TPA and the remuneration therefor. Provided that there shall be a clause in the Agreement for its termination by either party on grounds of mutual consent or any fraud, misrepresentation, inadequacy of service or other non-compliance or default fraud. Provided further that, there shall be no element in the Agreement which dilutes, restricts or otherwise modifies the

stipulations of the IRDA in respect of Policy Holder welfare, protection, service standards and turn-around-time parameters.

- b. The remuneration to the TPA shall be based on the services rendered to the insurer and shall not be related to the product/policy experience or the reduction of claim costs or loss ratios of the insurer.
- c. A copy of the Agreement entered into between the TPA and the Insurance Company or any modification thereof, shall be filed, within 15 days of its execution or modification, as the case may be, with the Authority.
- d. More than one TPA may be engaged by an insurance company and, similarly, a TPA can serve more than one insurance company.
- e. The Authority from time to time may prescribe minimum standard clauses to be included in the agreement between insurer and TPA.

14. Change of TPAs for servicing of Health Insurance Policies

- a. A change in the TPA by the insurer shall be communicated to the policyholders 30 days before giving effect to the change.
- **b.** The contact details like helpline numbers, addresses, etc. of the new TPA shall be made immediately available to all the policyholders in case of change of TPA.
- c. The insurers shall take over all the data in respect of the policies serviced by the earlier TPA and make sure that the same is transferred seamlessly to the newly assigned TPA, if any. It shall be ensured that no inconvenience or hardship is caused to the policyholders as a result of the change. In this regard, the following aspects shall receive special attention:
 - i. Status of cases where pre-authorization has already been issued by existing TPA.
 - ii. Status of cases where claim documents have been submitted to the existing TPA for processing.
 - iii. Status of claims where processing has been completed by the TPA and payment is pending with the insurer/ TPA.

15. Data and related issues:

- a. The TPA and the insurer shall establish a seamless flow of data transfer for all the claims.
- b. The respective files shall be handed over to the insurer within 15 days of the claim settlement or rejection.

16. Submission of Returns to the Authority

a. All insurance companies carrying on health insurance business shall furnish the Returns to the Authority in accordance with Schedule-III.

17. Transitory Provisions

- a. Withdrawal of Products
 - i. The Appointed Actuary shall examine every Health product, Group and Individual, in the Company's portfolio and list out those products which are not in compliance with the provisions in every particular of these Regulations. Such list shall be certified by the Appointed Actuary, counter signed by the CEO and submitted to the Authority on or before 30.06.2013.
 - ii. Products not in compliance with this Regulation shall all stand withdrawn and shall not be sold
 - 1. In the case of Group Products, from 1st July 2013
 - 2. In the case of Individual Products, from 1st October 2013
 - iii. No new members shall be enrolled into the existing group policies once the product stands withdrawn.
 - iv. Products which have been filed and are awaiting the approval of the Authority shall all be returned to the applicant to be refilled afresh after due examination for compliance
- b. Remedial Measures

- i. Insurers may on their own modify product features other than those relating to any benefits offered, premium bases, loading levied or discounts offered in the products. If such modifications suffice to render the product compliant in every particular of this Regulation, then on the basis of a certificate to that effect by the Appointed Actuary and the CEO, the Authority will record such change and allot the unique identification number where after such product may be introduced. The Authority reserves the right, in such cases to take appropriate action if it is established that this assertion of the Company was not well founded.
- ii. Products which cannot be covered under the provisions of (i) above shall be appropriately modified and filed for a fresh approval under the File and Use. Such application shall be in a tabular format setting out the current provision and the revised provisions to render the product in compliance with this Regulation together with an analysis of the implications on pricing, reserving, profit margin and other relevant metrics.
- iii. At renewal, all Group Policies shall be given an option
 - 1. to switch over to a modified approved version of the group product, or
 - 2. to continue to be renewed under the extant policy, provided that in such case no new members shall be enrolled after 1st June 2013 and the specific written consent is obtained by the group policyholder to continue in the old policy.
- c. All the insurers shall inform the prospective policyholders about the possible changes in the products being sold during the transition period and give an option to the existing policyholders including prospective policyholders to switch over to the modified version if any, once introduced.

18. Repeal and Savings:

- a. All the guidelines/clarifications/circulars/letters issued earlier in respect of the health insurance products shall abate from the date this regulation comes into force.
- b. Unless otherwise provided by these regulations, nothing in these regulations shall deem to invalidate the health insurance contracts entered prior to these regulations coming into force.

Schedule: I

Portability of Health Insurance Policies offered by Life and General Insurers:

- 1. A policyholder desirous of porting his policy to another insurance company shall apply to such insurance company, to port the entire policy along with all the members of the family, if any, at least 45 days before the premium renewal date of his/her existing policy.
- 2. Insurer may not be liable to offer portability if policyholder fails to approach the new insurer at least 45 days before the premium renewal date.
- 3. Portability shall be opted by the policyholder only as stated in (1) above and not during the currency of the policy.
- 4. In case insurer is willing to consider the proposal for portability even if the policyholder fails to approach insurer at least 45 days before the renewal date, it may be free to do so.
- 5. Where the outcome of acceptance of portability is still waiting from the new insurer on the date of renewal
 - a. the existing policy shall be allowed to extend, if requested by the policyholder, for the short period by accepting a pro- rate premium for such short period, which shall be of at least one month and
 - b. shall not cancel existing policy until such time a confirmed policy from new insurer is received or at the specific written request of the insured
 - c. the new insurer, in all such cases, shall reckon the date of the commencement of risk to match with date of expiry of the short period, wherever relevant.

660 GI/13-23

- d. if for any reason the insured intends to continue the policy further with the existing insurer, it shall be allowed to continue by charging a regular premium and without imposing any new condition.
- 6. In case the policyholder has opted as in 5 (a), and there is a claim, then existing insurer may charge the balance premium for remaining part of the policy year provided the claims is accepted by the existing insurer. In such cases, policyholder shall be liable to pay the premium for the balance period and continue with existing insurer for that policy year.
- 7. On receipt of such intimation, the insurance company shall furnish the applicant, the Portability Form as set out in Annexure 'I' to these guidelines together with a proposal form and relevant product literature on the various health insurance products which could be offered.
- 8. The policyholder shall fill in the portability form along with proposal form and submit the same to the insurance company.
- 9. On receipt of the Portability Form, the insurance company shall address the existing insurance company seeking necessary details of medical history and claim history of the concerned policyholder. This shall be done through the web portal of the IRDA.
- 10. The insurance company receiving such a request on portability shall furnish the requisite data in the data format for porting insurance policies prescribed in the web portal of IRDA within 7 working days of the receipt of the request.
- 11. In case the existing insurer fails to provide the requisite data in the data format to the new insurance company within the specified time frame, it shall be viewed as violation of directions issued by the IRDA and the insurer shall be subject to penal provisions under the Insurance Act, 1938.
- 12. On receipt of the data from the existing insurance company, the new insurance company may underwrite the proposal and convey its decision to the policyholder in accordance with the Regulation 4 (6) of the IRDA (Protection of Policyholders' interest) Regulations, 2002.
- 13. If on receipt of data within the above time frame, the insurance company does not communicate its decision to the requesting policyholder within 15 days in accordance with its underwriting policy as filed by the company with the Authority, then the insurance company shall not retain the right to reject such proposal and shall have to accept the proposal.
- 14. In order to accept a policy which is porting-in, insurer shall not levy any additional loading or charges exclusively for the purpose of porting.
- 15. No commission shall be payable to any intermediary on the acceptance of a ported policy.
- 16. Portability shall be allowed in the following cases:
 - a. All individual health insurance policies issued by non-life insurance companies including family floater policies

- b. Individual members, including the family members covered under any group health insurance policy of a non-life insurance company shall have the right to migrate from such a group policy to an individual health insurance policy or a family floater policy with the same insurer. Thereafter, he/she shall be accorded the right mentioned in 1 above.
- 17. For any health insurance policy, waiting period with respect to pre-existing diseases and time bound exclusions shall be taken into account as follows:-

S.	No of years of continuous	Waiting pe	eriod to be	served with	new insurer	in number of
No	insurance cover with previous insurer (s)	days/years				
		YY Days	1 Year	2 years	3 years	4 years
I.	XX Days at inception (XX-no of days as per the policy document)	(YY-XX) Days	N/A	N/A	N/A	N/A
II.	For 1 year period exclusion:	J				
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
III.	For 2 year period exclusion:	<u> </u>				
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
IV.	For 3 year period exclusion:	<u></u>	1	<u>.l.</u>		
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
	3 years	N/A	Nil	Nil	Nil	1 Year
V.	For 4 year period exclusion:					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	l Year	2 Years
	3 years	N/A	Nil	Nil	Nil	1 Year
	4 years	N/A	Nil	Nil	Nil	Nil

Note 1: In case the waiting period for a certain disease or treatment in the new policy is longer than that in the earlier policy for the same disease or treatment, the additional waiting period should be clearly explained to the incoming policy holder in the portability form to be submitted by the porting policyholder.

Note 2: For group health insurance policies, the individual member's shall be given credit as per the table above based on the number of years of continuous insurance cover, irrespective of, whether the previous policy had any pre-existing disease exclusion/time bound exclusions.

- 18. The portability shall be applicable to the sum insured under the previous policy and also to an enhanced sum insured, if requested by the insured, to the extent of cumulative bonus acquired from the previous insurer(s) under the previous policies.
 - For e.g. If a person had a SI of RS 2lakhs and accrued bonus of Rs 50, 000 with insurer A; when he shifts to insurer B and the proposal is accepted, insurer B has to offer him SI of Rs 2.50lakhs by charging the premium applicable for Rs 2.50lakhs. If insurer B has no product for Rs 2.50lakhs, insurer B would offer the nearest higher slab say Rs 3lakhs to insured by charging premium applicable for Rs 3lakhs SI. However, portability would be available only up to Rs 2.50lakhs.
- 19. Insurers shall clearly draw the attention of the policyholder in the policy contract and the promotional material like prospectus, sales literature or any other documents in any form whatsoever, that:
 - a. all health insurance policies are portable;
 - b. policyholder should initiate action to approach another insurer, to take advantage of portability, well before the renewal date to avoid any break in the policy coverage due to delays in acceptance of the proposal by the other insurer.

Annexure-I

Portability Form

PART-I

1)	Name of the	ne Policyholder / insured (s)	
2)	Date of Bi	rth/Age	
3)	Address of	f the policyholder/insured	
4)	Details of	existing insurer	
	i.	Name of the product	
	ii.	Sum Insured	
	iii.	Cumulative Bonus	
	iv.	Add-ons/riders taken	
	v.	Policy number	
5)	Details of	the proposed insurance	
	i.	Name of the product proposed/intend to take	
-	ii.	Sum Insured Proposed	
	iii.	Whether Cumulative Bonus to be converted to an enhanced sum insured	
6)	Reason(s)	for portability	

7)	No. of family member to be included I the policy to be ported.	
Enclosu	ure: Photocopy of the existing policy documents	*
Date:	Signature of the pol	. 1 11

PART-II

- 1. Whether the PED exclusions / time bound exclusion have longer exclusion period than the existing policy: (Please indicate Yes / NO):
- 2. If yes, please give written consent to the declaration below:

"I am aware that the waiting period for the following disease(s)/treatmonlicy terms. I hereby agree to observe the additional waiting period for	• • •
	Signature of the policyholder

Schedule: II

Administration of Health Plus Life Combi Products

- 1. The product of this class shall be named as 'Health plus Life Combi Products' referred as 'Combi Products' hereinafter in this schedule.
- 2. This schedule does not apply to Micro Insurance Products which are governed by IRDA (Micro Insurance) Regulations, 2005.
- 3. All insurance companies that promote 'Health plus Life Combi products' shall adhere to the following:

a. Scope of Combi Product Class:

- The 'Combi Products' may be promoted by all Life Insurance and Non-Life Insurance Companies.
- ii) The 'Combi Product' shall be the combination of Pure Term Life Insurance cover offered by life insurance companies and Health Insurance cover offered by non life insurance companies/stand alone health insurance companies.
- iii) The Products offered under the combi products shall be individually cleared under the File and Use procedure.
- iv) Riders / Add-on covers may be offered subject to File and Use clearance.
- v) The premium components of both risks are to be separately identifiable and disclosed to the policyholders at both pre-sale stage and post-sale stage and in all documents like policy document, sales literature.
- vi) The product may be offered both as individual insurance policy and on group insurance basis. However in respect of health insurance floater policies, the pure term life insurance coverage is allowed on the life of one of the earning members of the family who is also the proposer on health insurance policy subject to insurable interest and other applicable underwriting norms of respective insurers.

660 GI/13-24

- vii) The integrated premium amount of the 'Combi Product' shall be basis for reckoning the threshold limit / applicability of extant Regulations, guidelines and circulars etc. issued by the Authority or any other statutory body.
- viii) Commission and Claim payouts in respect of 'Combi Products' shall be by respective insurers only.
- ix) 'Combi product' shall have a free look option as outlined in IRDA (Health Insurance Regulations) 2010. Free Look option is to be applied to the 'Combi Product' as a whole.
- x) The Health portion of the 'Combi Product' shall entitle its renewability at the option of policy holder from the respective Non-Life / standalone health Insurance Company

b. Tie up between insurers:

- i) It is mandatory that insurance companies offering the 'Combi Product' shall have in place a Memorandum of Understanding covering the modus operandi of marketing, policy service and sharing of common expenses.
- ii) Insurers forming the tie-up shall obtain prior approval of IRDA by duly filing the copy of the agreement entered in this regard. Approval may be obtained by any one of insurers.
- iii) A tie up is permitted between one life insurer and one non-life insurer only. Thus a life insurer is permitted to tie up with only one non-life insurer and vice-versa.
- iv) Between these two Insurers any number of 'Combi Products' may be promoted.
- v) Insurance companies shall carry out an appropriate due diligence before establishing the business relationship for the purpose of promoting 'Combi Products'. Insurers are also expected to have a long-term understanding for effective policy service of the proposed 'Combi Products'.
- vi) Withdrawal from the tie-up is generally not desirable. However, in exceptional cases where insurers desire to withdraw from MOU they shall obtain prior permission of the Authority.
- vii) There shall be specific time frames / Turn around Times (TAT) to be agreed between the insurance companies as part of MOU for effective policy service, transmission of premiums received etc. at various stages of policy i.e., at pre-sale stage and post-sale stage.
- viii) Filing the advertisements in accordance with IRDA (Insurance Advertisements and Disclosures) Regulations, 2000 within 30 days from the date of issuing the advertisement with Authority.
- ix) Proposed procedures for obtaining the prior approval of IRDA for issuing Joint Sale Advertisements along with the common corporate agents.
- x) The modus operandi of proposed policy service at various stages of the policy viz., proposal stage, policy servicing, premium collection arrangements and claims service etc.
- xi) The Information Technology systems put in place for supporting the sale and policy service of the 'Combi Products'.
- xii) Agreement on reimbursement of expenses in consideration of common services rendered by each other of insurance companies.
- xiii) Distribution Channel wise maximum commission allowed under the 'Combi Products'.
- xiv) The manner in which premium is proposed to be collected subject to provisions of Section 64 VB of Insurance Act, 1938.
- xv) The procedures put in place for expeditious transfer of the portion of premium that pertains to the other insurer of the product.
- xvi) Operational procedures put in place for updating premium on policy data base on a real time basis.

- xvii) Options available to policyholders of 'Combi Products' to discontinue either portion of risk coverage while continuing with the other portion, subject to the extant law, regulations, guidelines etc.
- xviii) Copy of proposed common Sales Literature / Sales Illustrations, proposal form to be issued by both the insurers in respect of 'Combi Products', subject to the conditions that these documents cleared under File and Use procedure are not modified.
- xix) Common Advertisements of 'Combi Products', subject to the condition that this shall be restricted to the features, terms and conditions of the 'Combi Product'.

c. Lead Insurer:

- i) As two insurance companies are involved in offering the 'Combi Product' one of the insurance companies may be mutually agreed to act as a lead insurer in respect of each 'Combi Product' marketed with agreed terms, conditions and considerations.
- ii) The Lead Insurer for this purpose is the insurance company mutually agreed by both the insurers to play a critical role in facilitating the policy service as a contact point for rendering various services as required for combi products. The lead insurer may play a major role in facilitating underwriting and policy service.
- iii) The role of lead insurer shall not deter in relying upon the existing operational infrastructure of the partner-insurance company for effective policy servicing of 'Combi Products'.
- iv) Either of the insurers shall not be absolved of their responsibility of proactive settlement of claims and other obligations in accordance with the terms and conditions of their respective policies.
- 4. <u>Underwriting</u>: Under the 'Combi Product', underwriting of respective portion of risk shall be carried out by respective insurance companies, that is; Life Insurance risk shall be underwritten by Life Insurance Company and the Health Insurance portion of risk shall be underwritten by Non-Life/stand-alone health Insurance Company.

5. File and Use:

- a. The life insurance product and the health insurance product to be offered as a combi product shall have prior approval under File and Use procedure.
- b. Both the independent approved products shall be integrated as a single product and shall be filed with a common brand name.
- c. The single product shall be offered without making any modifications to the cleared products.
- d. 'Combi Product' is to be filed at the stage of integrating for getting File and Use approval irrespective of the earlier approval to either of products.
- e. 'Combi Product' filing shall follow the File and Use guidelines in vogue and all such guidelines that would be issued from time to time.
- f. Combi Product' is to be filed with Actuarial Department of Authority in File and Use formats that are in vogue.
- g. The Combi Product shall be approved by the Authority at File and Use.
- h. The File and Use application of the 'Combi Product' shall also specify the following:
 - i) Lead Insurer for the 'Combi Product' and demarcation of functions between insurers for carrying out activities
 - ii) Procedures proposed for issuance of the premium notices, where applicable and final lapse notices in terms of Section 50 of the Insurance Act, 1938.
 - iii) Where the servicing is to be necessarily attended by the original insurer, the lead insurer shall facilitate the policy servicing. As far as the policyholder is concerned lead insurer shall be made as the single nodal point for receiving the servicing requests, fulfilling the services and issuing acknowledgements.

- iv) Results of feasibility study, if any, in giving a limited access to the policy data base of policies for effecting over-the-counter policy service requests to the lead insurer.
- v) The results of the cost benefit analysis carried out by both the insurers and the possibility of offering any discounts on the premium in the combi product.

vi)

- 6. Lead insurer in settlement of claims shall ensure:
 - a. Based on the type of claim, the other insurer shall also take proactive measures for settlement of claims. In no case, the Lead insurer shall guarantee the settlement of claim on behalf of the other insurer.
 - b. The risks accepted by one insurer under 'Combi Product' shall not affect the business of other insurance company.
 - c. As far as health portion of 'Combi Policies' are concerned, the extant regulations and guidelines shall apply.
 - d. Where the policies are serviceable directly, the lead insurer shall play a facilitative role.
 - e. The operational procedures proposed to be put in place for timely dispatch of the policy bond of 'Combi Products'.

7. Distribution Channel:

- a. The sale of 'Combi Product' shall be solicited through:
 - i) Direct Marketing channels
 - ii) Brokers and
 - iii) Composite Individual and Corporate Agents, common to both insurers
- b. 'Combi Products' shall not be marketed through 'Bank Referral' arrangements.
- c. Insurers shall ensure that the 'Combi Product' is not marketed by those insurance intermediaries who are not authorized to market either of the products of either of the insurers.

8. Mandatory Minimum Disclosures:

- a. The mandatory minimum disclosures for a Combi Product shall be:
 - i) The product is jointly offered by "abc insurance company" (specify non-life/ stand-alone health insurer name) and "xyz insurance company" (specify life insurer name).
 - ii) The risks of this 'Combi Product' are distinct and are assumed / accepted by respective insurance companies.
 - iii) The liability to settle the claim vests with respective insurers that is for health insurance benefits "abc insurance company" (specify non-life/ stand-alone health insurer name) and for life insurance benefits "xyz insurance company" (Specify life insurer name).
 - iv) The legal/quasi legal disputes, if any, shall be dealt with the respective insurers for respective benefits.
 - v) The policy holders of the 'Combi Product' under reference shall be eligible to continue with either part of the policy, discontinuing the other during the policy term.
 - vi) Where guaranteed renewability of health insurance plan is allowed, the health insurance portion of this 'Combi Product' is entitled to that facility.
 - vii) Specific Disclosures on the available premium payment options on these 'Combi Products'.
 - viii) Specific Disclosures about the available Policy Servicing facilities for these 'Combi Products'.

- ix) Specific Disclosures about the proposed claims service of these policies under both the risks.
- x) Specific Disclosures on the availability of services of 'Third Party Administrators (TPAs)' for health insurance portion of risk, if available.
- xi) Specific Disclosures on the available Grievances Redressal Options including particulars of Ombudsman under these 'Combi products'.
- xii) Policyholders are to be advised to familiarize themselves with the policy benefits and policy service structure of the 'Combi Product' before deciding to purchase the policy.
- b. Policy documents of 'Combi Products' shall contain the above referred points (iii) to, (xi) as minimum disclosures.
- c. Declaration from the prospect shall be obtained and attached to proposal form that he / she has understood the disclosures mentioned above.
- In respect of 'Combi Products' both the insurers shall comply with the provisions Insurance Act, 1938 and Regulations notified there under and other guidelines, circulars that are applicable to health insurance business and life insurance business respectively.
- 10. For the purpose of these guidelines non-life insurance company includes standalone health insurance Company also.
- 11. In order to monitor the progress of the penetration of the product class before enlarging the scope of the same all insurance companies that are marketing 'Combi Products' shall submit the information that is required by the Authority from time to time.
- 12. The Authority may stipulate such other terms and conditions from time to time for monitoring activities of insurance companies offering 'Combi Products'.

Schedule: III

Health Insurance Returns to be submitted by Insurance Companies

I. HARI NARAYAN, Chairman [ADVT. III/4/161/12/Exty.]

Forms	Description	Link	Frequency ·	Time limit for submission	1st Reminder Due Date	2nd Reminder Due date
Toms	Returns (To be submitted by insurers)		rrequency	Time time for additionion	1st Reminder Due Date	2110 Kellinder Due date
NPUT_HEALTH_1	Details of product performance for products	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_1(a)	Details of product performance for products with more than 1 year term	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_1.1	Details of product performance in terms of clayms moveme it	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_2	Details of product information - TPA Share	View	yearly	Annual Audited - 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_3	Details of product information - Channelwise	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_4.1	Details of new business and renewal business - Statewise	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_5	Details of Due payable to TPA	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_6	Details of Claims Handled directly	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_6.1	Details of Claims Handled through TPA	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_6.2	Details of Total Claims Handled directly and through TPA	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_6.3	Details of claims data - state wise	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_6.4	Performance of Government sponsored Health Insurance Scheme	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_7	State-wise Gross Premium	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_8	State wise and changel wise claims reported	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_9	Large Claim Details - Insurer-wise	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
NPUT_HEALTH_10	Grievance movemen	View	Quarterly	This Form is filled in by IRDA Users		
NPUT_HEALTH_INDIAN_OFFICE_1	Office Details in each state of each insurer	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
VPUT_HEALTH_FOREIGN_OFFICE_1	Details of foreign offices	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
EP_HEALTH_OFFICE_1	Office Details Quarterly	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
EP_HEALTH_OFFICE_2	Statewise Report of Distribution of Offices	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
EP_HEALTH_OFFICE_3	Growth of Offices in each State Yearly	View	yearly		2 Days before the due date	On due Date
					and the second second second second	17.77

INPUT_HEALTH_Foreign_Office_1

Details of foreign offices

Purpose and Frequency

This form collects the information on the foreign offices classified as representative offices, branches, subsidiaries, agency offices

This is a new form for capturing the information on foreign offices.

The frequency of this return is quarterly.

Fi	Iters	and	Para	meters

Year Quarter

Name of insurer

Country

#	Particulars	No.	whether regulated by local authority
	Column Code	а	b

- 1 No. of representative branches * outside India
- 2 No. of branches ** outside India
- 3 No. of subsidiaries *** outside India
- 4 No. of agency Offices **** outside India
- # Total No. of offices outside India

Note:

- A representative office is an office established by a company to conduct marketing and other non-transactional operations, generally in a foreign country where a branch office or subsidiary is not warranted.
- ** A branch of insurance companies is a retail location where an insurer offers a wide array of face to face and automated services to its customers.
- *** A subsidiary, in business matters, is an entity that is controlled by a separate higher entity
- **** An agency office is an entity where the business is carried out by agents of the insurance companies

INPUT_HEALTH_Office_3

Growth of Offices in Each State - Yearly

Purpose and Frequency

The purpose of this report is to provide a summary of the distribution of offices across each state. The frequency of this report is yearly.

Filters and Paramete	ers
Year	

		Current Ye	ear	Previous \	'ear	Second Pr	evious Year	Third Prev	ious Year	Fourth Pre	evious Yea
#	State Name	No. of Rural Offices	No₊ of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices
	Column Code	a	b	с	d	e	f	g	h	i	j
	Source/C alculation	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_£IFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1
1	Andhra Pra	desh									
2	Arunachal I	Pradesh									
3	Assam										
4	Bihar										
5	Chhattisga	h					1				
6	Goa									101	
7	Gujarat					1					
8	Haryana									10.000	
9	Himachal P	radesh						-	-		
10	Jammu & K	ashmir									
11	Jharkhand										
12	Karnataka							1			
13	Kerala									1	
14	Madhya Pr	adesh				1					
15	Maharasth										
16	Manipur										
17	Meghalaya				†						
18	Mizoram								-		
19	Nagaland										
20	Orissa							1	1		
21	Punjab			-							
22	Rajasthan									1	
23	Sikkim					_					
24	Tamil Nadu	J									1
25	Tripura				-				1		
26	Uttar Prade	esh									
27	Uttrakhand										
28	West Beng	al									
29	Andaman 8		S.						1		
30	Chandigarl										
31		agra Haveli									
32	Daman & I										
33	Delhi	1							-		
34	Lakshadwe	ер									
35	Puducherr										
#	Total	Ι									

INPUT_HEALTH_Indian_Office_1

OFFICE DETAILS-Quarterly

Purpose and Frequency

This form collects the information on the office (Branch) details in each state for each insurer. This form is re-engineered on the basis of the existing Form VII of existing Office Information. The frequency of this return is quarterly.

Quarter	
	*
	Quarter

Business within India

				No. of b	ranches						-
#	State	No. of branches at the beginning of the quarter	No. of branches inprincipl e approved during the quarter	Out of approvals of previous quarter	Out of approvals of this quarter	No. of branches closed during the quarter	No of branches at the end of the quarter	No. of offices relocated	No. of offices merged	No. of existing branches in rural area	No. of existing branche in urba area
	Column Code	a	b	с	d	e	f	g	h	j	k
1	Andhra Pra	desh						-	-	7	The second
2	Arunachal I	Pradesh									
3	Assam										
4	Bihar /									and the the transfer of the transfer of	
5	Chhattisgar	h									
6	Goa										
7	Gujarat				\$100 NO. 1100 AND						
8	Haryana									1	-
9	Himachal P	radoch			 						
10	Jammu & K										
11	Jharkhand	431111111									
12	Karnataka										
			-			<u> </u>					
13	Kerala	- dib					 				
	Madhya Pr										-
15	Maharasth	ra			-		ļ				
16	Manipur	F	-								
17	Meghalaya			-						-	-
18	Mizoram		ļ							-	
19	Nagaland						ļ				
20	Orissa										
21	Punjab										
22	Rajasthan										
23	Sikkim										
24	Tamil Nadu	1									
25	Tripura										
26	Uttar Prade	esh									-
27	Uttrakhand	1									
28	West Beng	al									
29		& Nicobar Is	i	6.0							
30	Chandigarh	1									
31		agra Haveli									
32	Daman & D	Diu									
33	Delhi									-	
34	Lakshadwe	ер									1
35	Puducherr							1			+

Note:

1. Branches stand for place of business

660 GI/13-26

Details of product performance - Products with more than 1 year term (To be furnished by All insurers having health products)

Purpose and frequency

To collect product information for all products having term more than 1 year

To replace the existing form D to add more data elements on new business and expected business data The frequency of the return is yearly and as and when.

	Particular		Product 1	Product 2	0-1.12	Product 4	Product 5
·	Particular	Column Code		b b	Product 3	d ·	
-	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	Product Details	-	-	The state of	0	
1	Product Name	PIOCOCK DECIMA					
2	UIN	1000	-				
34	Scope of Cover(1)		-		1		
3b	Target Group	1		-			
4	Insured Type	100	Group	Group	Individual		
48	Basis of Payout		Сисор	Стобр	Individual		
5	Date of clearance of product	The second second	-				
54	Minimum Policy Period	70000			 		
5b	Maximum Policy period	D-12 (1977)	-		T		
6	Current Status of Product	-	-				
64	Add-on covers included	-	No	Yes			
64	No. of add on covers	1	NO	Tes			
Ge.		-	Name of Street, or other Designation of the last of th				
	Whether serviced by TPA?	1	Yes				
8d	Total no. of TPA involved	The state of the s			1		
1000	A STATE OF THE STA	New Business Dat			Charles I The Control of the Control		CACCO CALL
7	No. of policies issued						
8	Gross Premium* Collected Total Premium Ceded		-				
8.1							
9	No of persons/members/ lives covered	-	Data to input	Data to input			
10	Total Sum Insured	A STATE OF THE STA					
13n	Reinsurance Commissions Received	47777 1 - 1					navel (a)
13/3/2		Renewal Business	Page 1		1/83		
7a	No. of policies due for renewal						
Ba 9a	No. of policies renewed Total Renewal Premium Collected	100000000000000000000000000000000000000			1 - 2	-	
90.1	Total renewal premium ceded						
10a		-					
11a	No of persons/members/ lives covered Total Sum insured in renewal		Date to input	Date to input	1		
	Reinsurance Commissions Received	HITCHSON.	*		1		
115	Reinsurance Commissions Received	In-force Business			-		
7b	Mar all a Palar	In-force Business	7.315	THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN		PART OF THE	STATE OF THE STATE
9b	No. of policles Gross Premium Income						
9b.i	Total premium neded						
10b	No of persons/members/ lives covered		0.0.0.0.0.0	Data to input			
11b	Total Sum Insured		Dete to imput	Data to Imput	1		
12b	Reinsurance Commissions Received	CORP.					
120	MENDALSTINE COMMUNICATIONS MECCANAD	Description Data					
7c	No. of cancellation in free look period	Sign of New Busine		and the same			
SC.I		Dat of New Busine					
Bc.II	No. of cancellation*** during the policy term	Call of Renewal Bu			-		
86.1		Parallel and pro-		no need word			
60	No. of policies				10 SF		
68	Total Gross Premium						
	Total no. of claims	-					
64	Total amount of claims	100					
6h 6i	Claims ratio						
6	Combined ratio	The second second			i		

THE GAZETTE OF INDIA: EXTRAORDINARY

^{1.} only predominant cover should be mentioned in scope of cover

^{*} Gross premium is defined as the premium amount before deducting service tax.

^{**} This section is currently optional.

^{*} Other than free look cancellation

T_HEALTH_1.1	Yearly_			A STATE OF THE STATE OF		25/25/2010/06/2012 12:77
ails of product performance in	terms of claims deve	lopment and aging	g (To be furnis	hed by All insure	rs having healt	h products)
se and frequency						
To collect claims movement and claims aging data						
To replace the existing form D to add more detailed level t	information on claims data			-		
The frequency of the return is yearly and as and when.						

and Parameters Year	Channel Type	
Insurer Name		

Particular		Product 1	Product 2	Product 3	Product 4	Product 5
	Column Code	a	b	c	d	
	Claims Data	11 350			Blue State	
Claims pending at the beginning of the year	No.					10
	Amount					
New claims registered	No.			1		
	Amount					
Claims repudiated	No.	1				
	Amount					-
Claims closed due to other reasons	No.					
	Amount					
Claims reopened	No.	1				
	Amount	1				
Claims pending at the end of the year	No.		-			
	Amount					
Penal Interest Paid	No.					
	Amount			10.5	-	
Incurred Claims Ratio	1 - (21) 2 - (23)					
Combined Ratio	200 120 120 120 120 120 120 120 120 120					1

Combined Ratio

Claims Ratio = (Total Amount of Claims Incurred)/ GWP

Combined Ratio = (Total Amount of Claims Incurred + Total Company Expenses Amount)/GWP

100		Aging of pending	alms*		SASSING .	- Per Supplied	1200	192 Sec. 2	ALC: COLORS DE
1,1	Claims pending for less than 1 month	No.					1		
.ii	Claims pending for less than 1 month	Amount							
Li	Claims pending for greater than 1 month and less than 3	No.					- 1		
.ii	months	Amount							
l.i-	Claims pending for greater than 3 month and less than 6	No.							
iii	months	Amount							
5.1	Claims pending for greater than 6 month and less than 12	No.					1		
i.ii	months	Amount					4		
5.1	Claims pending for greater than 1 year and less than 2	No.				-	1		
i.if	years	Amount				1			
7.i	Claims pending for more than 2 yrs	No.							
i,ji	Claims pending for more than 2 yrs	Amount		-					
	d former dates of floor intimation			_					

koned from date of first intimation

E03	SHOW SHOW IN THE SHOW IN THE SHOW	Aging of settle	d cialms **				A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	
2.1	Claims settled for less than 1 month	No.				V		1
2.fi	Claims Settled for less than I month	Amount				1		
3.i	Claims settled for greater than 1 month and less than 3	No.						
ii.e	months	Amount				1		
4.1	aims settled for greater than 3 month and less than 6	No.				- 1		
1.11	months	Amount		-	_ =			
5.6	Claims settled for greater than 6 month and less than 12	No.						
i.ii	months	Amount				1		
5.1	Claims settled for greater than 1 year and less than 2	No.				1		
5.ii	years	Amount						
7.1	Claims settled for more than 2 yrs	No.						

ckoned from the date of receipt of last requirement

FIRST	CANAL TO SECURE A SECURITION OF THE SECURITION OF THE SECURITIES.	Aging of repudia	ited claims ***	THE REAL PROPERTY.					<u>c</u>		
LI	Claims repudiated for less than 1 month	No.				1	0 -10	1545			
31 .	Casins repuddated for less than a month	Amount	131 272	The state of the s		200			u -		
I.I	Claims repudiated for greater than 1 month and less than	No.			14, 111		7.			A11	
,ji	3 months	Amount		1 - 1 - 1	111			1 71		2.71	
Li -	Claims repudiated for greater than 3 month and less than	No.		1	1			1		- T	
ii	6 months	Amount			10.4		LA 19 5 h.				
ü	Claims reguidlated for greater than 6 month and less than	No.					100				
.ii	12 months	Amount	C. C.								
i.i	Claims repudiated for greater than 1 year and less than 2	No.	1000								
Jii	years	Amount	5.2		- 1				_		
9	Claims repudiated for more than 2 yrs	No.			100	1 1					
H		Amount		-1 - 1						/	

ckoned from date of receipt of last requirement

irred Claims ratio = Total incurred claim/ Total Earned Premium nblned Ratio = (Total claims paid+other operating expense)/total premium earned product will be populated based on the selection of the target group

新华的		Reference						WE ESTA				Descripti	Form
Claire Data	Enable/Disable	Form	Table (time	Column Name	Data Type	Size	Default Value	Mandatory?	Field Type	Ul Validations	Business i ogić	/X On	
Claims pending at the beginning of the year											Closing of last year will	be beginnin	+
1)No.	Enable				Numeric	2		Yes	Input			-	Databas
2] Amount	Enable				Numeric	2	0	Yes	Input	ļ			Databas
New claims registered										 			Databa
1)No.	Enable				Numeric	2			input			-	Databa
2) Amount	Enable			-	Numeric	2	0	Yes	Input			- 11	Databa
Claims settled fully without grievance		1 3			-		1						Databa
1]No.	Enable	40 1 1			Numeric	2		+	Input	ļ		-	Databa:
2) Amount	Enable	100			Numeric	2	0	Yes	Input				Databa
Claims settled fully subsequent to grievance	100				<u> </u>						ļ	1	Databa
1)No.	Enable	9.5			Numeric	2		+	Input				Databa
2) Amount	Enable	3.7			Numeric	2	0	Yes	Input				Databa
Claims first rejected and subsequently settled fully	100										l		Databa
1)No.	Enable	4.4			Numeric	2		Yes	Input				Databa
Amount	Enable	7 10 7			Numeric	2		Yes	Input				Databa
Claims first partially settled and subsequently settled fully	1 - 1,	5, 3,7								ĺ			Databa
l)No.	Enable				Numeric	2)	Yes	input				Databa
2) Amount	Enable	PSILES TO	(40) E. (40)		Numeric	2		Yes	Input	l			Databa
Dalms partially settled	1 2 7 27	2 103											Databa
l)No.	Enable				Numeric	2		Yes	Iприt				Databa
2) Amount	Enable				Numeric	2		Yes	Input				Databa
Claims repudiated	5-15- 1, MA										,	8	Databa
1)Ro.	Enable	105-3	2 No. 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1- 1- 1	Numeric	2		Yes	Input				Databa
?) Amount	Enable	-1		1/154	Numeric	2		Yes	Input			*	Databa
laims closed due to other reasons	THE ENE			17 17 17									Databa
)No.	Enable	1			Numeric	2)	Yes	Input	- 4 -	1		Databa
Amount	Enable	100		THE PARTY OF	Numeric	20		Yes	Input				Datab
Jaims reopened	1. Allerian						L						Databa
No.	Enable		1,000	120	Numeric	21		Yes	Input				Databa

8.ii 2) Amount	Enable	Numeric	20	Yes	Input		Database
9.1 Claims pending at the end of the year							 Database
1]No.	Enable	Numeric	20	Yes	Input	7	 Database
9.5 2) Amount	Enable	Numeric	_ 20	Yes	Input		Database
10.1 Panal Interest Paid						I	 Database
1 No.	Enable	Numeric	20	Yes	Input		Database
D.ii 2) Amount	Enable	Numeric	20	Yes	Input		 Database
11.4 Incurred Claims Ratio	Enable	- Numeric			2		Database
11.II Combined Ratio	Enable	Numeric					Database
					-		

	Ryllig of panding cisinss*	Enable/Disable	Reference	Table Name	Column Name	(Delta) (ype	Size	Daleuit Value	Mandald jý?	Field Type	Ul Validations	Business Logic	Descripti on Database
12.1	Claims pending for less than 1 month												Database
	1)No.	Enable		- 11		Numeric	20		Yes	Input			Database
12.0	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
	Claims pending for greater than 1 month and less than 3 months	=10	-										Datābase
2500	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
13.il	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	input - 4			Database
14.1	Claims pending for greater than 3 month and less than 6 months												Database
-11	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input -			Database
14.Fi	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
15.1	Claims settled for greater than 6 month and less than 12 months			- 1									Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
15.Fi	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
16.i	Claims settled for greater than 1 year and less than 2 years												Database
	1)No.	Ena ble			- 1	Numeric	20		Yes	Input			Database
16.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
17.i	Claims settled for more than 2 yrs												Database
	1)No.	Enable	1		- 0	Numeric	20			Input			Database
17.li	2) Amount	Enable		1.0		Numeric	. 20		Yes	Input			Database

	Aging of Settled claims*	Enable/Otsable	Reference Form	Table Name	1 John William	t diamen		Peraumoranue	Manostory (care di pare	Ul Validations	Listeday Logic	Remarks Descripti	Descrip on
12.1	Claims settled for less than 1 month													Both
3.0	1]No.	Enable			1 -1	Numeric	20		Yes	Input				Bath
12.8	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
13.1	Claims settled for greater than 1 month and less than 3 months									545				Both
	1 INo.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
13.li	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
14.1	Claims settled for greater than 3 month and less than 6 months			F										Both
	1 JNo.	Enable	2 - 1	183		Numeric	20		Yes	Input				Both
14.W	2] Amount	Enable	-37 (4.5		1	Numeric	20		Yes	input				Both
15.1	Claims settled for greater than 6 month and less than 12 months													Both
	1)No.	Enable		The second second	1	Numeric	20	L	Yes	Input				3oth
15.A	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
16.)	Claims settled for greater than 1 year and less than 2 years										Ť			Both
1 3/1	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
16.v	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
17.1	Claims settled for more than 2 yrs													Both
0/500		Enable				Numeric	20			Input				Both
17.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20	L	Yes	Input				Both

200 200	Aging of repudiated claims	En 12 1	THE COLUMN	Column Milion	Deta Tyrin		Detaul: Value	Majutatoryi	FShild Type	Ul Validations	Business Logic	Descripti Descripti
12.1	Claims regardiated the less then 1 month				Albert and the same							Both
-	1 Min.	Snittle	4	100000000000000000000000000000000000000	Numeric	2	D	Yes	input			Both
12	2) Amount	Enable	-		Numeric	2	0	Yes	input			Both
	Claims repudinted for greater time 1 month and has then 3 months	5.01				*						Both
E-	1)Má.	Enable			Numeric	2	D	Yes	Input			Both
Lilai	2) Amount	Enable	- 0		Numeric	2	0	Yes	Input			Both
\$4,i	Claims repudiated for greater than 3 month and less than 6 months	n law - 31-		347 0								Both
111	1 No.	Enable			Numeric	20	0	Yes	Input			Both
14.8	2) Amount	Enable		A 46 / 20	Numeric	26	0	Yes	Input			Both
15.1	Claims repudiated for greater than 6 month and less than 12 months											Both
	1 No.	Enable	12.002		Numeric	25		Yes	Input			Both
15.ii	2) Amount	Enable			Numeric	20)	Yes	Input			Both
	Claims repudiated for greater than 1 year and less than 2 years		100									Both
	1)No.	Enable	1112	1	Numeric	20		Yes	Input			Both
		Enable			Numeric	20	2	Yes	Input			Both
17.1	Claims repudiated for more than 2 yrs			- 1 - 1 - 1								Both
		Enable			Numeric	20			Input			Both
17.H	2) Amount	Enable		1	Numeric	20	PI .	Yes	input			Both

Yearly

Details of product performance - Products with 1 year or less than 1 year term (To be furnished by All insurers having health products)

Purpose	and	frequency	,
---------	-----	-----------	---

To collect product information for all products having term 1 year or less than 1 year

To replace the existing form D to add more data elements on new business and expected business data

The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and	Paramet Paramet	iers
-------------	-----------------	------

Year		
Insurer Name		

#-	Particular		Product 1	Product 2	Product 3	- Product 4	Product 5
		Column Code	a	Ь	C	d	e
1 10 m		Product Details	N. P. SARRING		自动向	可以用的	THE RESERVE
1	Product Name		11/2/2015				*
2	UIN	546 5 0 8	-11				
3a	Scope of Cover(1)		Hospital Care				
3b	Target Group	经基金 美国	Others				
4	Insured Type	100000000000000000000000000000000000000	Individual+ group	Group	Individual		1
4a	Basis of Payout	4 5 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
5	Date of clearance of product	1251 2 5 55			_		1
Sa	Minimum Policy Period	ELLS STANK					
Sb	Maximum Policy period	State of Park					
6	Current Status of Product		-	Launched			
6a	Add-on covers included		No	Yes			
6b	No. of add on covers	And Description	意的程度因是				
6c	Whether serviced by TPA?		Yes	1			1
6d	Total no. of TPA involved	200 E 100 E		100	N. Carlo	1 200	1.4
J. 10.		New Business Dat		100	国民 6 元		11 日本 12 日本
. 7	No. of policies issued			1			
8	Gross Premium* Collected		14	1			
8.	Total Premium Ceded			1			1
9	No of persons/members/ lives covered		Data to input	Data to Inpi	1		
10	Total Sum Insured	CALL SALES					
112	Reinsurance Commissions Received	100					
S. Marie	2000年2月1日 新华达达100年	Renewal Business	Data	10.00	ATTENDED.	HILLS IN COM	· 国际的原体。
7a	No. of policies due for renewal		E			17	1
8a	No. of policies renewed		3				
9a	Total Renewal Premium Collected	The second second	19 10		D		
9a.i	Total Renewal Premium Ceded			- 0			
10a	No of persons/members/ lives covered	医 2015 2016 数	Data to input	Data to inpu	1		
12a	Total Sum Insured in renewal	ke street	7	- 73	1 1 2		
11b	Reinsurance Commissions Received	94357 Aug. 6	Margaret agreements	- Long		4 - 1 - 1 - 1	- market star
1000	建筑地位的地位的	Cancellation Data	men line and	加州。	and where	7.7	THE RESIDENCE
8b.i	at the state of th	Out of New Busine	55	1 1 1 1 1		F. Committee of the Com	
8b.ii	No. of cancellation during the policy term	Out of Renewal Business			1/11/54		100 000
ATTENDO	第四人共享的文章是自文章是一个人 的人	Expected new bus	iness figures (for nex	et year)		(1) (1) (1) (1) (1)	
6e	No. of policies						
6f	Gross Premium	The Park of the Park				4	100

List of scope of cover given and is mentioned below

Hospital Care

- 2. Critical Illness
- 3. Surgical Cash
- 4. Hospital Daily Cash
- 5. High Deductible
- 6. Outpatient cover 7. Dental cover
- 8. Health Savings
- 9. Domestic Travel
- 10. International Travel
- 11. International Comprehensive Cover
- 12. Specified disease / disease management cover (e.g. Cancer, HIV, Diabetes etc)
- 13. Personal Accident
- 14. Maternity and Fertility
- 15. Long term care
- 16. Disability and rehabilitation
- 17. Mental Illness
- 99. Any other

68	Total no. of claims		
6h	Total amount of claims	三日本の中の大会	
61	Claims ratio		<these be<="" th="" will=""></these>
6)	Combined ratio		input by Insurer>

Claims Ratio = (Total Amount of Claims Incurred)/ GWP

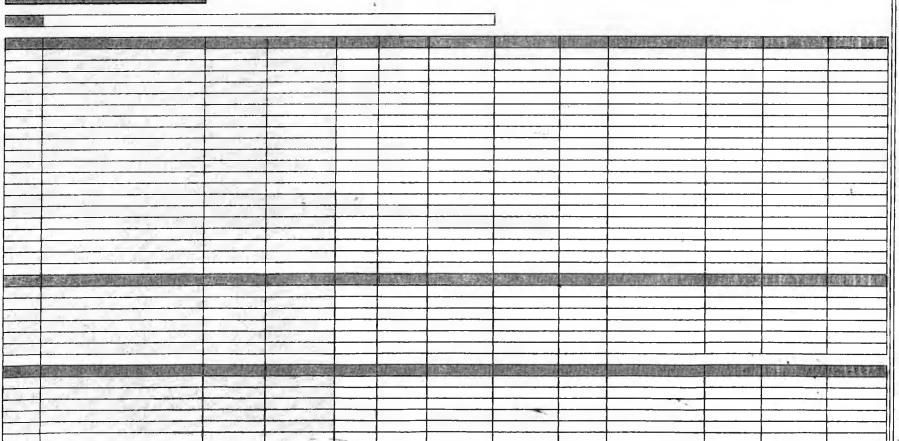
Combined Ratio = (Total Amount of Claims Incurred + Total Company Expenses Amount)/GWP

Claims O/s ratio = Total claims pending /total claims reported

Claims settlement ratio = Number of claims settled/total claims reported

Note:

- 1, only main cover should be mentioned in scope of cover.
- * Gross premium is defined as the premium amount before deducting service tax.



[भाग III—खण्ड

dictionary	Company of the second														
at (47%)	Values to be ent	tered separa	tely for No. of policies serviced=a No	o of claims handled=,b, Amount	of claims handled=c	, No. of claims settle	-d, Amount of claim	s settled=e		3					
■ 2%	Particular	(AC)	Enable/Disable	Reference Form	Table Name	Column Name	Data Type	Size	Default Value	Mandatory ²	Field Type	III Validations	Business Logic	Research of Description	database/Form level
	Name of Product													Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form	
c		Enable					VarChar	20		Yes	Input	Should not be Numeric		# INPUT Health 1	Databse
	No. of policies serviced			-										Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form	
C(a)		Enable		1			Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative		# INPUT_Health_1	Databse
C(b)	No. of claims handled	Enable					Numeric			Yes	Input				Databse
C(c)	Amount of claims handled	Enable	3			-	Numeric	20		Yes	Input				Databse
C(d)	No. of claims se		_				Numeric	20		Yes	Input				Databse
C(e)	Amount of claims settled	Enable					Numeric								Databse

Claims Handled Through Sinthouse OFA

Details of product performance in terms of claims management w.r.t TPA (To be furnished by insurers having health insurance business)

- To capture the performance of the products in terms of claims management w.r.t TPA
- This form is a replacement of the existing form D to gather more detailed level information about TPA contribution.
- The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and Parameters

Name of product No. of claims settled

1. All the products which have been approved during the period will be covered in this form.

2. Product Type can be Individual or Group. 3. Current Status of product will be - active, inactive or withdrawn.

The frequency of the return is yearly and as and when.				,			
The saf Personal			4				
Name of product	No of policies Groot, "Comm	Community Acquisity of Code					
						2	
Nade - For referrab, fees is applicable							
Medical Values to be entered separately for No	Des Congress : Designate Values to be entered assurated for No of policies proceed a Gross Premium & Commissions / Fees Pad on Other Association Contyct Designate Values to be entered assurated for No of Policies proceed a Gross Premium & Commissions / Fees Pad on Other Association Contyct Designation Designat	issions / Fees Paid es. Other Acquisition Co.				OFFICE CHARLES	Tatalana P
Name of the Produ			90	,		Need to Validate the Input for Products and policies issued Can come from Form #	. 27 . 5
Mo. of politices						Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form #	. 77 . 6
Clb) Gross Premium	Enable	Numeric	20	Yes	Input Negative		Database
G(d) Other Acquisition Costs	Enable	Numeric	20 22		put		Database

rpose and frequency		21400	1.02	V=15)				934	11 360
This is the recreated i	liveness of functions of TPAs in terms of form of the proposed format for collect	ting due information				100			728	* 1
The frequency of the	form is monthly. The data is submitted	by insurers in respect	of every TPA enrolled with the	ım.					= 111	 W. 1
ers and Parameters	Year	T. 1		454 4 6 5	Mont					0.00
	A. T. Carlotte		** T. C		- Control				100	A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	Insurer Name	L	1 1 2 7	W 11	TPA	lame	720		1	- × 11 1
# -	Particulars		Claims Float TP	PA Fees T	otal					
1	Due outstanding at the beginning of	Talumn Code	Amount		Closii	ig balance of previous mont	will be opening balance of c	urrent month		
2	Payment request received during the									
3	Due paid during the month									
4	Due outstanding at the end of the m	ionth								
5	Due outstanding at the end of the n	nonth		1						
5.i	More than 0- 7 days									
5.li	More than 7-15 days		21							
S.fit	More than 15- 30 days More than 2 months									
5.iv 5.v	More than 4 months									
5.vl	More than 6 months									
Notes:										
HOLES.										
and frequency	3 -									The Contract of the Contract o
ne purpose of the form is nis is a modification of pr	s to collect the information of the cl roposed format for capturing the cla is monthly	laims handled directl aims data	y by insurers having health I	business for the group busin	ness					- 1
e purpose of the form is is is a modification of pr e frequency of the form	roposed format for capturing the cla	laims handled directl aims data	y by insurers having health I	business for the group busin						
e purpose of the form is is is a modification of pr e frequency of the form	roposed format for capturing the cla	laims handled directl aims data	y by insurers having health I	business for the group busin	Month					
e purpose of the form is is is a modification of pr e frequency of the form nd Parameters Year	roposed format for capturing the cla	laims handled directle	y by insurers having health I	business for the group busin	Month	Group			-	
ne purpose of the form is nis is a modification of pr ne frequency of the form and Parameters	roposed format for capturing the cla	aims handled directl	y by insurers having health i	business for the group busin		Group			_	
e purpose of the form is s is a modification of pr e frequency of the form and Parameters Year Insurer Name	roposed format for capturing the cla	aims data			Month Business					
e purpose of the form is sis a modification of pr e frequency of the form of Parameters Year Insurer Name	roposed format for capturing the cla	aims data	y by Insurers having health I		Month Business	or Business				
e purpose of the form is is is a modification of pr e frequency of the form nd Parameters Year Insurer Name	roposed format for capturing the cla	Form Input_Health			Month Business giving drop down to	or Business Beni	fit Based Amount of claims	No. of claims	Total Amount of claims	
he purpose of the form is is is a modification of pri he frequency of the form and Parameters Year Insurer Name	roposed format for capturing the cla is monthly	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to	or Business Beni		No. of claims		
e purpose of the form is is a modification of preference of the form and Parameters Year Insurer Name movement Details [Claims pending at the	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code to be beginning of the month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to the continuous of claim	or Business Beni		No. of claims 8	Amount of claims	
ne purpose of the form is is a modification of price frequency of the form and Parameters Year Insurer Name movement Details Claims pending at the New Claims registered.	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code be beginning of the month d during the month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to the continuous of claim	or Business Beni		No. of claims 8	Amount of claims	
ne purpose of the form is is a modification of price frequency of the form in the frequency of the form is in the frequency of the freque	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code be beginning of the month d during the month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to the continuous of claim	or Business Beni		No. of claims 8	Amount of claims	
e purpose of the form is is a modification of prie frequency of the form and Parameters Year Insurer Name Claims pending at the New Claims registere (Claims Settled During Claims repudiated During Claims repudiated	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code e beginning of the month of during the month g the Month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to the continuous of claim	or Business Beni		No. of claims 8	Amount of claims	
ne purpose of the form is is a modification of price frequency of the form in the frequency of the form is in the frequency of the freque	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code e beginning of the month of during the month g the Month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to the continuous of claim	or Business Beni		No. of claims	Amount of claims	
is a modification of price frequency of the form in frequency of the form in the frequency of the frequency of the frequency of the frequency of the form in the frequency of the frequency of the frequency of the form in the frequency of t	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code e beginning of the month of during the month g the Month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to the continuous of claim	or Business Beni		No. of claims 8	Amount of claims	
e purpose of the form is is a modification of pre frequency of the form and Parameters Year Insurer Name Claims pending at the New Claims registered Claims Settled During Claims repudiated Claims pending at the Claims p	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code e beginning of the month of during the month g the Month	Form Input_Health	_6 and Form Input_Health_ Cashless Amount of claims	6 1 needs to be merged by	Month Business giving drop down to ement Amount of claim d	or Business Benins No. of claims e		No. of claims 8	Amount of claims	
e purpose of the form is is a modification of pre frequency of the form and Parameters Year Insurer Name Claims pending at the New Claims registered Claims Settled During Claims repudiated Claims pending at the Claims p	roposed format for capturing the class is monthly Particulars Column Code e beginning of the month of during the month g the Month	Form Input_Health	_6 and Form Input _Health_ Cashless Amount of claims b	6 1 needs to be inerged by Reinibursi No. of claims	Month Business giving drop down to ement Amount of claim d	or Business Benis No. of claims e	Amount of claims	No. of claims 8 No. of claims	Amount of claims h 、	
the purpose of the form is is a modification of price frequency of the form and Parameters Year Insurer Name Claims pending at the New Claims registere Claims Settled During Claims repudiated Claims repudiated Claims pending at the of pending claims.*	Particulars Column Code e beginning of the month d during the month g the Month e end of the month	Form Input_Health No. of claims	_G and Form Input _Health_ Cashless Amount of claims b	6.1 needs to be inerged by Reiniburs No. of claims C Reimburs	Month Business giving drop down to grant Amount of claim d	or Business Benis No. of claims e	Amount of claims f	8	Amount of claims h 、	
he purpose of the form is is a modification of price frequency of the form and Parameters Year Insurer Name Movement Details Claims pending at the New Claims registered Claims Settled During Claims repudiated Claims pending at the of pending claims.*	Particulars Column Code e beginning of the month d during the month sthe Month e end of the month Particulars Column Code code Column Code	Form Input_Health No. of claims	_G and Form Input _Health_ Cashless Amount of claims b	6.1 needs to be inerged by Reiniburs No. of claims C Reimburs	Month Business giving drop down to grant Amount of claim d	or Business Benins No. of claims e	Amount of claims f	8	Amount of claims h 、	
inis is a modification of price frequency of the form and Parameters Year Insurer Name Claims Pending at the New Claims Settled Steel Claims Settled Claims repudiated Claims repudiated Claims pending at the price of pending claims.*	Particulars Event Month Particulars Column Code douring the month douring the month gother Month Particulars Column Code Column Code Column Code Column Code Column Code Column Code The Month Column Code The Month T	Form Input_Health No. of claims	_G and Form Input _Health_ Cashless Amount of claims b	6.1 needs to be inerged by Reiniburs No. of claims C Reimburs	Month Business giving drop down to grant Amount of claim d	or Business Benins No. of claims e	Amount of claims f	8	Amount of claims h 、	

5 Claims pending for 1-2 years
6 claims pending for more than 2 years
• Reckoned from date of first intimation

		Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
Ħ	Particulars	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code		ь	(d				h
1	Claims settled within less than 1 month			The second second			The second second		"
2	Claims settled within 1-3 months		Laboratory and the	The same of the same of					
3	Claims settled within 3-6 months	STATE OF STATE					+		
4	Claims settled within 6-12 months		Level her				+ -		
5	Claims settled within 1-2 years	V (1)	The second			F-1			-
6	claims settled within more than 2 years								

Aging of repudiated claims***

		Cashless		Reimbursement		Benefit Paid		T	otal
Ħ	Particulars	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	+		h
1	Claims repudiated within less than 1 month		La article State of		100000000000000000000000000000000000000			And in concession to the concession of	
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3.	Claims repudiated within 3-6 months	Tara de la Contraction de la C			a Filtra Control of the Control				
4	Claims repudiated within 6-12 months	300	Confice Last						
5	Claims repudiated within 1-2 years	State world	THE STATE OF THE S						
6	claims repudiated within more than 2 years								

^{***} Reckoned from the date of receipt of last requirement

NPUT_HEALTH_6.2	Monthly

Details of Claims Handled through TPA- To be submitted by the insurers having health business

Purpose and frequency

The purpose of the form is to collect the information of the claims handled through TPA.

This is a modification of proposed format for capturing the claims data

The frequency of the form is monthly.

Filters	and	Parameter:

Claims movement Details

			Cashless	Reimbu	rsement	Benetit Based		Total	
-	Particulars	No. of claims	Amount of claims						
_	Calumn Code		ь	c	d	e	1		h
1	Claims pending at the beginning of the month								
2	New Claims registered during the month						1		
3	Claims Settled During the Month								-
4	Claims repudiated								
5	Claims pending at the end of the month								

Aging of pending claims *

			ashiess	Reimbu	rsement	Bene	it Based		otal
*	Particulars	No. of claims	Amount of claims						
	Column Code	3	ь	t	d	e	f		h
1	Claims pending for less than 1 month								1
2	Claims pending for 1-3 months								
3	Claims pending for 3-6 months								
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years								
6	claims pending for more than 2 years						1		

^{*} Reckoned from date of first intimation

ע	
**	
अस	
ध्य	

à	
٠	
,	

			Cashless	Reimbursement		Benet	t Based	Total	
2	Particulars	No. of claims	Amount of rlaims	No of claims	Amount of claims	No. of cizims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Cade	a	b	c	d	e		g	h .
1	Claims settled within less than 1 month					OF THE PARTY.	War and The Same		10 miles
2	Claims settled within 1-3 months		(1.4 days)		1.	LESS SE	Manager Cold III		1 3
3.	Claims settled within 3-6 months	2					1 1		
4	Claims settled within 6-12 months					15 1000			-
5	Claims settled within 1-2 years	1000				0.4 0		1 1 1 1 1 1 1 1	
6	claims settled within more than 2 years	23	1100	111-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11	1-1-1-17	- F-1	6 5 5 5 5	1	111101

Aging of repudiated claims***

			Cashless	Reimburs	ement	Bene	lit Pain	To	otal
lit.	Particulars	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of staints
	Calumn Code	a	b	· ·	d	6			h
1	Claims repudiated within less than 1 month	270		STATE OF STREET	50 S S S S S S S S S S S S S S S S S S S			PETERSON CO. III	
2	Claims repudiated within 1-3 months						- 12 may 12 lb 17		
3	Claims repudiated within 3-6 months				1,000,000			De Francisco	
4	Claims repudiated within 6-12 months	R. Habel A.				1975		14.	- 64
5	Claims repudiated within 1-2 years	Eth Light E.			SECENTAL SE	0.00		T 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	THE REST TO SERVICE STATE OF THE SERVICE STATE OF
6	claims repudiated within more than 2 years		MEDICAL SOLUTION	No. 20 Percent and a second		and the second second second			

1000 110	Man Man A	U.S. 7.2.	200 /2 /2 /2 /			32
lacurer	Section (Record		Indenin Cashless	ty Feimbur	sement	Bene
	State	No of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims

This is a modification of proposed format for capturing the claims data

The frequency of the form is monthly

Filters and Parameters

Claims movement Details

			Cashless	Reimbur	sement	Benet	it Based	T	otal
Ħ	Particulars	No. of claims	Amount of claims						
	Calumn Code	a	. ь	C	d	e	1	g	h
1	Claims pending at the beginning of the month	100 SE 4							
2	New Claims registered during the month			The second					
3	Claims Settled During the Month		17	-					
4	Claims repudiated								
5	Claims pending at the end of the month			200			1		

Aging of pending claims *

			Casniess	Reimbu	rsement	Benef	it Based	T	otal
#	Particulars	No. of claims	Amount of claims						
	Calumn Code	а	b	c	d	e	f	E	h
1	Claims pending for less than 1 month								
2	Claims pending for 1-3 months			-					1
3	Claims pending for 3-6 months		1						
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years		1						
6	claims pending for more than 2 years	5 5	-		4				

^{*} Reckoned from date of first intlmation

Aging of settled claims**

			Cashless	Reimbui	rsement	Benet	it Based	T.	otal -
Ħ	Particulars	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Calumn Cade	a	b	, с	d	e	f	g	h
1	Claims settled within less than 1 month		ACTION AND ADDRESS OF THE PARTY						
2	Claims settled within 1-3 months						T.		
3	Claims settled within 3-6 months								
4	Claims settled within 6-12 months	1 1	1 2 2 2						
5	Claims settled within 1-2 years						- F		
6	claims settled within more than 2 years						-		

^{**} Reckaned from the date of receipt of last requirement

Aging of repudiated claims***

			Cashless	Reimbu	sement	Bene	efit Paid	I	otal
#	Particulars	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Calumn Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims repudiated within less than 1 month		Jan Carlot V	COLUMN TO THE REAL PROPERTY.					
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3	Claims repudiated within 3-6 months	T 1	4 -35						
4	Claims repudiated within 6-12 months				1 - 1				
5	Claims repudiated within 1-2 years			1 19	1)	1 (7)	100		N 186 4
6	claims repudiated within more than 2 years		1 1			10-0	21		

^{***} Reckoned from the date of receipt of last requirement

THE GAZETTE OF INDIA: EXTRAORDINARY

	ı		
-	•		
•	٠		

INPUT Health 7 State-wise Gross Premium - For the quarter

Purpose and Fi	requency
----------------	----------

To collect State wise information on Gross Premium, No. of Policies and Total Sum Assured across Channels This form is re-engineered on the basis of existing Form I and Form II of gross premium. The frequency of the form is Quarterly

Filters and Parameters Year	Quarter	
Name of Insurer	Division	O Individual (Group

		Direct	Business (Ir	iternet)	Direct B	usiness (Othe	r than Internet)	In	dividual Age	nts		Banks		Othe	corporate	agents		Brokers			Referrals				
	State		Premium Amount		No. of policies	Premium Amount	Total Sum Insured	No. of policies	Premium Amount		No. of policies	Premium Amount	Total Sum Insured	No. of policies	Premium Amount	Total Sum Insured	No. of palicies		Total Sum Insured	No. of policies		Total Sum Insured	No. of policies		Total Sum
	Calumn Code	a	ь	t	d	e	1	g	h	- i-	i	k		m	п	0	, р	q	r	S	t	U	v	w	×
1	Andhra Pradesh		133-															1		42.20				1	-
2	Arunachal Pradesh		100													*-									
3	Assam														-							-			
4	Bihar											i								-					
5	Chhattisgarh		I																					1	
6 -	Goa																								
7	Gujarat					1																			
8	Haryana																								
9	Himachal Pradesh															-									
10	Jammu & Kashmir								Ì		1														
11	sharkhand					1 1									ļ										
12	Karnataka		1			1																			
13	Kerala		1_									-													
14	Madhya Pradesh		1						1						1			_	-						
15	Maharasthra		1				-			_				-											
16	Manipur		1																						
17	Meghalaya		1			1	-		1			-													
18	Mizoram																								
19	Nagaland		1						1						1						1				L
20	Orissa		1									1													
21	Punjab		1			1																i			
22	Rajasthan					1			1																
23	Sildem						3. 1		<u> </u>						1							-			
24	Tamil Nadu			-																					
25	Tripura		4.5	ter Co								-		-	-										
26	Uttar Pradesh		Fy.						1					-					7.0	1				-	
27	Uttrakhand		i						-														-		
28	West Bengal	-							-						1										
29	Andaman & Nicobar Is.			1 -		-			-		-					1					-				
30	Chandigarh								-						-										
31	Dadra & Nagra Haveli																								
32	Daman & Diu					1			!																
33	Delhi					1-																			
34	Lakshadweep					1											-	1							
35	Puducherry		1			1						1 -			1										
	Total		1			+			1														**		

State Wise and channel Wise claims reported Purpose and frequency This return colects information on the claims reported in each state during the quantitation in securities ed on the basis of from IV	the daints reportassis of Form IV	Purpose and Frequency This return calects information on the claims reported in each state during the quarter. This form is ne-equiversed on the basis of form IV									
The frequency of this return is quar Filters and Parameters Year	rterly				V 1	F					
Nume of Insurer			Division	Onderdus Genup							
# State	Direct Bu No. of claim	Direct Business (Internet) Direct Business (Other No. of claims Amount of claims 1900 of claims	(Other than Internet) Individ Amount of claims No. of claims	Jual Agents Amount of claims to	Banks Other of claim ount of clake, of clai	r Carpo	gents Erol claims to of claim	vers Retornals count of claims ount of clai	No. of poli	nes Amount of pre	of premium.
Column Code 1. Andhra Pradesh 2. Anunachsi Pradesh		3 D Cr max. 300000 Cr max.		3	£			E .	0		c.
3 Assam 4 Bhar											
6 Goa											
8 Haryana											
10 Jammu & Kashmir											
11 Sharkhand 12 Karnataka											
13 Kerala 14 Madhya Pradesh											
15 Maharasthra 16 Maniour							1 10 1				1
17 Meghalaya											
19 Nagaland					-						
20 Orissa 21 Punjab											
22 Rajasthan											
24 Tamil Nadu	1 5										
25 Tripura					Tanah Can		100				
27 Uttrakhand											
28 West Bengal 29: Andaman & Nicobar Is.	-										X.
30 Chandigarh											
32 Daman & Diu											
33 Delhi 34 Lakshadweep											
35 Puducherry Total								J.			
û Uch cary	Enable/Disa			Defend	A Manifestory	Field	Business	whatel Form			*
Direct Business (Internet)	t) Distriction		The state of the s							*	
No. of Claims	Enable		Numeric	30		Input		Both			
Amount of Galms Direct Business (Other	Enable		Hoat	13	Yes	Input		Both			
than internet)	Disable		1					7			

भारत का राजपत्र : असाधारण

-	No. of Claims	Enable	1	T	T	Numeric	21	n I	Yes	Input		1	T	Both
	Amount of Claims	Enable	 	-		Float	1		Yes	Input		 -	1	Both
	Individual Agents	Disable				rioat	 	' 	1.67	Imput				BOTH
	No. of Claims	Enable	 			Numeric	20	1	Yes	Input	 	<u> </u>	 	Both
e	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	input		 		_
<u></u>	Banks	Disable			·	ricat	1:	' 	res	Input			-	Both
			 -	ļ		Numeric	20	+	V	1		 -		-
<u>s</u>	No. of Claims	Enable	 			Float	19		Yes	input			├ ─	Both
n	Amount of Claims	Enable		ļ	 	Float			Yes	Input				Both
	Other corporate agents		1			1							}	1
		Disable				 	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				<u> </u>		 	
i	No. of Claims	Enable	 			Numeric	20		Yes	Input		 -		Both
<u>i</u>	Amount of Claims	Enable				Float	15	-	Yes	Input				Both
	Brokers	Disable	ļ			ļ	_					├		
k	No. of Claims	Enable			-	Numeric	20		Yes	Input		ļ		Both
	Amount of Claims	Enable				Float	15	5	Yes	input		ļ	<u> </u>	Bath
	Referrals	Disable	<u> </u>	ļ <u> </u>		ļ		-	ļ			<u> </u>		<u> </u>
m	No. of Claims	Enable	l			Numeric	20		Yes	Input				Both
n	Amount of Claims	Enable				Float	15	5	Yes	Input		ļ		Both
	Microinsurance Agents(MFI, SHG, NGO)	Disable												
	No. of Claims	Enable				Numeric	20	1	Yes	Input		 	t	Both
2	Amount of Claims	Enable	1		 	Float	1		Yes	Input		 		Both
۲	(For Health Insurance -	Lilable	 			i ivat	 	Ή	163	Imput		+		POLIT
		!	i		1	1	1						1	1
	Individual), No. of lives	Enable	1	1	1	Numeric	10		Yes	Immut				l
	covered	Enable	 		 	Numeric	11	4	Yes	Input				Both
	(For Health Insurance -				1	1	1		1		1	1		1
	Group), No. of lives		1			l., .		.i			ĺ			l
	covered	Enable				Numeric	10	<u> </u>	Yes	Input	·	<u> </u>		Both
1	Andhra Pradesh	Disable	<u> </u>						 	<u> </u>				-
2	Arunachal Pradesh	Disable	ļ			ļ .	ļ	-						
3	Assam	Disable						ļ				.		1
4	Bihar	Disable			L			-	<u> </u>	ļ				
5	Chhattisgarh	Disable				ļ								
6	Goa	Disable	!					<u> </u>	L	L		L		
7	Gujarat	Disable	<u> </u>											l
8	Haryana	Disable												1
9	Himachal Pradesh	Disable	l						1					
10	Jammu & Kashmir	Disable	I]				1				I		
11	Jharkhand	Disable				1								
12	Karnataka	Disable												
13	Kerala	Disable												$\overline{}$
14	Madhya Pradesh	Disable												1
15	Maharasthra	Disable									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
16	Manipur	Disable				 		1						
17	Meghalaya	Disable						1		-		t		
18	Mizoram	Disable		-		——		 			·		-	
19		Disable	 					 			 	 		
20	Nagaland	Disable				+		1		1			<u> </u>	+
	Orissa		 			—		+						
21	Punjab	Disable	 		-	 	 	 		 	<u> </u>			\vdash
22	Rajasthan	Disable	 			 	 	 	 	-				
23	Sikkim	Disable			-		ł	-					<u> </u>	
24	Tamil Nadu	Disable												
25	Tripura	Disable							<u> </u>	ļ				
26	Uttar Pradesh	Disable	ļ					ļ	<u> </u>					-
27	Uttrakhand	Disable	<u> </u>		L	 -	ļ	_						₩
28	West Bengal	Disable				<u> </u>								Ь.
29	Andaman & Nicobar Is.	Disable										L		
30	Chandigarh	Disable												
31	Dadra & Nagra Haveli	Disable								L		L		
32	Daman & Dlu	Disable												
33	Delhi	Disable	T							l				
34	Lakshadweep	Disable				1								
35	Puducherry	Disable												
		1-:	1				20				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Claims/ Ar	_

INPUT_Healti	n_9	- 4	W. C.
Large Cla	im Deta	ils - Insı	ırer-wise
Purpose and fre	equency	10 Page 1	

This form captures the claim details of large claims in for all insurers

This is a new form

The frequency of this form is yearly and as and when

Filters and Parameters	A PROPERTY OF	WANTED THE REAL PROPERTY.	
Year	Quarter		
Insurer Name		-	

		R	eported Claims	Fully Sett	led claims	Partia	ally settled claims	Qut	standing Claims	
#	# State		Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	
	Column Code	a	b	C	d	е	f	g	h	
	1 Andhra Pradesh								WE SELVE TO	
	Arunachai Pradesh									
	3 Assam			7.0		1				
	1 Bihar									
	Chhattisgarh					-			T. C.	
(Goa									
	7 Gujarat									
1	Haryana	6 -								
	Himachal Pradesh									
10	Jammu & Kashmir									
1:	I Jharkhand									
12	. Karnataka								17113	
13	Kerala									
14	Madhya Pradesh	-								
15	Maharasthra									
16	Manipur									
17	Meghalaya		1							
18	Mizoram									
19	Nagaland					7				
20	Orissa					-				
21	Punjab		- V	1 1			- C		_1	
22	Rajasthan									
23	Sikkim							-		
24	Tamil Nadu									
25	Tripura									
26	Uttar Pradesh									
27	Uttrakhand						1-			
28	West Bengal									
	Andaman & Nicobar Is.		3-1							
30	Chandigarh							-		
	Dadra & Nagra Haveli									
	Daman & Diu									
	Delhi									
	Lakshadweep						-			
	Puducherry									
#	Total									

Deduction Policy not received Any Other

ir	ievance move	ment	and the second second	-11-11		
urp	<this by="" filled="" form="" insu<="" is="" th=""><th>rer></th><th>e period for each insurer against di</th><th>fferent types of complaints</th><th>12</th><th></th></this>	rer>	e period for each insurer against di	fferent types of complaints	12	
lta	rs and Parameters					
ııc	is and raidineters	SI				
	Year			Quarter	L	
	Complaint Type					
	Name of Insurer	No. of complaints pending at the	No. of new complaints	No. of complaints resolved	No. of complaints	No. of complaints pending at the end
	Name of Insurer	beginning .	registered	No. or complaints resolved	rejected	No. or complaints penuing at the end
	Column Code	a	b	c	d	e
	Source/Calculation	Grievance Management System	Grievance Management System	Grievance Management System	Grievance Management System	Grievance Management System
L						
					1	
,						
,						
-						
-						
N	W GRIDE SEL		Will be to be the state of the		4-1-125	and the second section is
,	Name of Insurer	No. of complaints pending for < 1 month	No. of complaints pending for 1- 3 months	for 3-6 months	No. of complaints pending for 6- 12 months	No. of complaints pending for > 1 yr
	Column Code Source/Calculation	a	ь	c	d	e
	Source/Calculation					
_						
C)						

Input HEALTH_10

Quarterly

INPUT	HEALTH	4.1

Yearly

Details of new business and renewal business - Statewise

Purpose and frequency

To capture the statewise new business and renewal business activities for each insurer

This form is a new format.

The frequency of the return is yearly.

Filters and Parameters

Year Insurer Name Business

Individual

Individual Business Needs to be removed; create the drop down as shown above

					New Business	5		Renewal Busine	255	In-Force Business			
#		State	•	No. of policies	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	Gross Premium , Amount	Total Sum Assured	
			Column Code	а	ь	d	e	f	h	e	f	h	
1	Andhra Pradesh				1	77							
2	Arunachal Pradesh												
3	Assam		3.000					- (2)					
4	Bihar												
5	Chhattisgarh												
6	Goa						1						
7	Gujarat												
8	Haryana												
9	Himachal Pradesh												
10	Jammu & Kashmir							0.5	- 1				
11	Jharkhand												
12	Karnataka												
13	Kerala												
14	Madhya Pradesh												
15	Maharasthra												
16	Manipur												
17	Meghalaya												
18	Mizoram												
19	Nagaland								72 4 4 1				
20	Orissa												
21	Punjab												
22	Rajasthan												
23	Sikkim						1						
24	Tamil Nadu												
25	Tripura							140					
26	Uttar Pradesh								- 11				
27	Uttrakhand							1					
28	West Bengal												
29	Andaman & Nicobar	ls.		(10)	_ N = 00		U						
30	Chandigarh				- 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1								
31	Dadra & Nagra Have	li.	267						1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1	/ = = =			
32	Daman & Diu			1 X	- 16			1 -					
33	Delhi			Land Land				10000	7 - 74		- 4	(2) (2.)	
34	Lakshadweep				1000								
35	Puducherry			-1, 1, -1,	2 1 1 1						=10,1		
#	Tôtal	-5127 SH	DESTRUCTION OF STREET	7-12,5-5	Selection of the select	Car September		Section 1					

[PART III—SEC. 4]

THE GAZETTE OF INDIA: EXTRAORDINARY

		New Business						Business		In-Force Business Data				
# -		State	No. of policies	No. of lives covered	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	No. of lives covered	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	Gross Premium Amount	Total Premium Amount	Total Sum Assure
		Column Code	a	ь	c	e	f .	g	h		f	g	h	i
1	Andhra Pradesh													
2	Arunachal Pradesh													
3	Assam													
4	Bihar													
5	Chhattisgarh													
6	Goa													
7	Gujarat									_				
8	Haryana													
9	Himachal Pradesh													
10	Jammu & Kashmir													
11	Jharkhand				-									
12	Karnataka													
13	Kerala													
14	Madhya Pradesh													
15	Maharasthra													
16	Manipur													
17	Meghalaya													
18	Mizoram													
19	Nagaland													
20	Orissa													
21	Punjab													
22	Rajasthan													
23	Sikkim													
24	Tamil Nadu													
25	Tripura													
26	Uttar Pradesh													
27	Uttrakhand													
28	West Bengal													
29	Andaman & Nicobar	ls.												
30	Chandigarh													
31	Dadra & Nagra Have	eli												
32	Daman & Diu													
33	Delhi													
34	Lakshadweep													
35	Puducherry													
#	Total					The second secon		-						

Note:

Group include family floaters and any policy with more than one insured person

Performance of Government sponsored Health Insurance Scheme

Purpose and	frequency
-------------	-----------

This form is used to capture the details of the Performance of Government Health Insurance sponsered Scheme

This is a new format

The frequency of the form is quarterly

Filters and Parameters Year		Quarter	
Insurer Name	1	1	

#	Product / Scheme	No. of policies issued	No.of BPL families covered	No of others covered in BPL Families	Total number of beneficiaries covered	Gross Premium (In 000s)	No.of claims reported	Amount of Claims reported	No.of claims settled	Claim Amount settled	Amount of Claims O/s.	
	Column Code	a		ь	С	d	е	f	g	h	j	k
1			1	4	5							
2												
3								7				
4												
5												
6												and the same of
7											 	
8												
9												and the state of the state of the
10												
11												
12												

THE GAZETTE OF INDIA: EXTRAORDINARY

302	TO VALE TO	4. ALC: N	10 NO 2			The State of the S			LE TABLET		1000		Object to the	10
*	Particular	Enable/Disab	Reference Form	Taijle Biame	Golumo visma	Data Type	Size	Default Value	Mandatory?	Field Type	UI Validations	Business Logic	Remarks/D escription	
с	Product/Scheme	Enable					20		Yes	Input				D;
C(a)	No. of policies	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Di
C(b)	No.of BPL families covered	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Da
C(c)	Total number of beneficiaries covered	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Da
C(d)	Gross Premium (In 000s)	Enable		4.4		Numeric	20	+	Yes	Input	Should not be N	legative		Di
C(e)	No.of claims reported	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Di
C(f)	Amount of Claims reported	Enable	4	4		Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Da
C(g)	No.of claims settled	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Da
C(h)		Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Da
C(i)	No. of daims O/s	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	legative		Da
C(j)	Amount of	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	egative		Da
	Incurred Claim Ratio (%)	- 94							**					
C(k)	-	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be N	egative		Da

Statewise Report of distribution of offices - Quarterly

Purpose and Frequency

The purpose of this report is provide information on the distribution of office locations in each state for each insurer. The frequency of this report is quarterly

Filters and Paran	neters		
Year		Quarter	
	8		
State			

		.7	Rural Area		Urban Area		
#	Name of Insurer	No. of branches approved but not opened	No. of rural branches	% of rural Branches	No. of urban branches	% of Urban Branches	
	Column Code	a	b	с	d	e	
	Source/C alculation	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	=100*b/(b+d)	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	=100*d/(b+d)	
1						1	
2					7		
3							
4							
5							
6							
H.	Total	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	46.72 Bill 1.7	C 7-105 15	2021	ACT AND THE RESERVE	

REP_HEALTH_Office_1

OFFICE DETAILS-Quarterly

Purpose and Frequency

The purpose of this report is to provide the office details of each insurer in each state and at an overall level. The frequency of this report is quarterly

Filters and Param	eters		
Year		Quarter	
State			

				No. of branches opened during the year			
#	Name of Insurer	No. of offices at the beginning of the year	No. of branches approved during the year	Out of approvals of previous year	Out of approvals of this year	No. of branches closed during the year	No of branches at the end of the year
	Column Code	a	b	с	d	e	f
	Source/C alculation	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1	INPUT_N ON_LIFE_ Office_1
1				-		-	
' 2							
3							
4							
5							
6							

#	Total	Name	100	11 - 13	17/5-		100